SOCIALMEDICINSK INFORMATION 1979:3

SOCIALMEDICINSKA STUDIER AV HEMLÖSA MÄN I STOCKHOLM

Johan Norman

Göteborg 1979

Från Socialmedicinska institutionen, Göteborgs Universitet

Socialmedicinska studier av hemlösa män i Stockholm

AKADEMISK AVHANDLING

som för avläggande av medicine doktorsexamen vid Göteborgs Universitet offentligen försvaras i Socialmedicinska klinikens seminarierum, 3:e våningen, Övre Husargatan 36, måndagen den 12 mars 1979, kl 9.00

av

JOHAN NORMAN
med lic

Göteborg 1979

(referat, se omstående sida)

SOCIAL MEDICAL STUDIES OF HOMELESS MEN IN STOCKHOLM

By Johan Norman. From the Department of Social Medicine, University of Gothenburg, Sweden. Dissertation 12/3 1979, Dept. Soc. Med., Gothenburg.

The ecological border of the group homeless has become less sharp. In order to establish the size of the group the concept "homeless" is defined and criteria are established to distinguish homeless from other guests. In 27 units for housing or rehabilitation in Stockholm, which during 1972-75 wholly or partly offered night quarters to the homeless were 16,000 men and 1,000 women found. Of these were 7,400-9,900 men and 580-775 women homeless. The period prevalence 1972-75 was 23-30 homeless men/1,000 men in the population of Stockholm City, and 1.6-2.1 women. Every year 1,000-1,650 new homeless men and 90-140 women arrive. The yearly incidence for men is 3.5-5.7/1,000 and for women 0.3-0.4. Comparing the yearly number of new homeless men the period prevalence and the yearly incidence during 1955-60 and 1970-75 one finds no important differences.

Out of 4,500 men who were homeless 1960 in Stockholm 975 died before the end of 1970. The excess mortality rate is 2.3. Age- and cause-specific mortality is examined. One finds significant connections between data concerning the social situation and mortality. The causes of death were in the majority of the cases primarily socially and psychically conditioned and closely linked with the life situation of the homeless.

45 homeless men were lotted 1967-69 from the hostels to an experimental treatment program and compared with a control group concerning 19 criteria of effect during five years of observation. The most prominent effects were reached during the first two years of observation, when the treatment work was most intensive. Effects can also thereafter be seen, but are less evident. This could motivate the conclusion that only continous treatment which slowly, year by year, abates, can ensure lasting effects.

General summary in English on 15 pages.

Key words:

Homeless: men, women, size of group, incidence, prevalence of, mortality, causes of death, social situation and mortality, treatment experiment, measurement of effect.

SOCIALMEDICINSK INFORMATION 1979:3

SOCIALMEDICINSKA STUDIER AV HEMLÖSA MÄN I STOCKHOLM

Johan Norman

Göteborg 1979

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Socialmedicinska studier av hemlösa män i Stockholm.

Av med.lic. Johan Norman

Avhandling för medicine doktorsexamen

Handledare: docent Sune Nyström
Examinator: professor Bengt Lindegård
Fakultetsopponent: docent Lars Gustafsson

GÖTEBORG 1979

Rekvireras från Socialmedicinska kliniken, Sahlgrenska sjukhuset, Övre Husargatan 36, 413 14 Göteborg. Tel. 031 - 82 42 00.

Förord

Detta arbete har sin utgångspunkt i det forsknings- och utvecklingsarbete som sedan 1967 bedrivits vid det socialmedicinska utrednings- och behandlingshemmet vid Krukmakargatan i Stockholm och därtill knutna boende-annex och utegrupp, en verksamhet som brukar kallas för "Krukis".

Förarbetet till detta nu presenterade arbete har varit integrerat i forskningsverksamheten vid Krukis och många i personalen vid Krukis har under årens lopp bidragit med råd och dåd när det gäller insamling och sammanställning av data, och med synpunkter och uppslag om arbetets uppläggning och innehåll. Förarbetet har gått parallellt med andra projekt och praktiskt arbete vilket medfört att det dragit ut på tiden men också inneburit en viktig inspirationskälla för mig.

Jag vill tacka alla medarbetare och vänner inom Krukis som bidragit till den fina och stimulerande arbetsform som vi där ofta kunnat upprätthålla. Jag riktar också ett speciellt varmt tack till Kerstin Isaksson, Irja Olsson, Lars Svedberg och Birgitta Svensson som under de senaste åren av förarbetet varit mina närmaste medarbetare i forskningsarbetet vid Krukis.

Ett otal register har lämnat uppgifter och i synnerhet social- och nykterhetsvårdsregistret i Stockholm har ibland fått mycket merarbete och jag är tacksam för den hjälpsamhet och det intresse som personalen där har visat.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544702_0001

Arbetet är finansierat i första hand av socialförvaltningen i Stockholm som huvudman för Krukisverksamheten. Anslag har dessutom erhållits från Statens medicinska forskningsråd (projekt nr B 74 - 21X - 3951), Stockholms kommuns Stipendiefond och Svenska Läkaresällskapets forskningsfond (1977:181).

I N N E H Å L L

Innehållsförteckning I
Tabellförteckning VI

DEL I
INLEDNING OCH ORIENTERING ANGÅENDE MATERIAL OCH METODER 1

Kap 1. Inledning 2

Kap 2. Material, metod och uppläggning 7

DEL II
BESTÄMNING AV ANTAL, PREVALENS OCH INCIDENS AV HEMLÖSA MÄN OCH KVINNOR I STOCKHOLM 1972-75, MOT BAKGRUND AV EN DEFINITION AV BEGREPPET "HEMLÖS", SAMT EN JÄMFÖRELSE MED PERIODEN 1955-60 9

Kap 3. Bakgrund och tidigare undersökningar 10

Bakgrund och syfte. 10
Tidigare undersökningar om den hemlösa gruppens storlek. 11
Problem sammanhängande med avgränsning med avseende på ekologisk bas. 14
Problem förknippade med avgränsning med avseende på tid. 16

Kap 4. Ett försök till definition av begreppet "hemlös" 18

Sammanfattning. 25

Kap 5. Datamaterial och operationalisering för bestämning av den hemlösa gruppens storlek i Stockholm 1972-75. 26

Datamaterial. 26
Operationalisering av definition av begreppet "hemlös" 27

Kap 6. Resultat

Antal hemlösa män och kvinnor i Stockholm 1972-75. 33
Periodprevalens av hemlösa 1972-75. 34
Incidens av hemlösa. 36
Punktprevalens. 39
Jämförelse med den hemlösa gruppens storlek 1955-60. 40
Sammanfattning. 42

DEL III

DE HEMLÖSA MÄNNENS DÖDLIGHET UR MEDICINSK SYNPUNKT OCH SOM MÄNSKLIG HANDLING OCH PRODUKT AV KULTUR OCH SAMHÄLLE 45

Kap 7. Bakgrund och tidigare undersökningar 46

Bakgrund och syfte. 46

Tidigare undersökningar beträffande de hemlösas mortalitet och den sociala situationens betydelse därför. 47

Sammanfattning. 50

Kap 8. Dödlighet och dödsorsaker 1960-70 för boende på ungkarlshotell och härbärgen 1960 51

Totaldödlighet och överdödlighet. 51

Orsaksspecifik mortalitet. 57

Infektionssjukdomar och parasitära sjukdomar (Kap I). 58

Tumörer (Kap II). 60

Endokrina systemets sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar (Kap III). 61

Mentala rubbningar (Kap V). 62

Nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar (Kap VI). 63

Cirkulationsorganens sjukdomar (Kap VII). 63

Respirationsorganens sjukdomar (Kap VIII). 66

Matsmältningsorganens sjukdomar (Kap IX). 67

Skador genom yttre våld och förgiftning (Kap XVII). 68

Övriga dödsorsaker. 71

De "extra" dödsfallens fördelning på dödsorsak. 71

Sammanfattning. 74

Kap 9. Samband mellan sociala data för 1960 års hemlösa och deras dödlighet 1960-70 75

Sammanfattning. 79

Kap 10. Ett försök att göra de hemlösas överdödlighet förståelig mot bakgrund av deras sociala och psykiska situation 81

Alkohol- och boendesituation vid dödsfall. 82

Boende på härbärgen och ungkarlshotell. 85

Uteliggare. 88

Boende på institution. 91
Lägenhetsboende. 95
Varför dör de hemlösa. 100
Sammanfattning. 102

DEL IV
DET SOCIALMEDICINSKA UTREDNINGS- OCH BEHANDLINGSHEMMET VID KRUKMAKARGATAN OCH DESS ANNEX ("KRUKIS") - ETT BEHANDLINGSEXPERIMENT MED HEMLÖSA I STOCKHOLM - RESULTATMÄTNING OCH NÅGRA BEHANDLINGSFÖRLOPP 105

Kap 11. Bakgrund och design 106

Resultatmätning som endast en aspekt av utvärdering. 107
Den experimentella modellens tillämpbarhet. 108
Design för resultatmätning. 111

Kap 12. Experimentvariabeln - Krukis 112

Administrativa och geografiska data. 112
Allmän formulering av mål och arbetsmetoder. 113
Synsätt som präglat Krukisarbetet. 116

Kap 13. Kriterier för effektmätning 124

Kriterier beträffande alkoholmissbruk. 124
Kriterier beträffande kroppslig hälsa. 126
Kriterier på kriminalitet. 126
Kriterier beträffande bostadssituation, materiell kontinuitet och adekvat livsmiljö. 127
Övriga kriterier. 128

Kap 14. Matchning av kontrollgrupp 129

Kap 15. Resultat 132

Resultat relaterade till alkoholmissbruk. 132
Resultat relaterade till hälsa. 139
Resultat relaterade till kriminalitet. 140
Resultat relaterade till bostadssituation. 141
Resultat relaterade till ekonomi. 143

Resultat relaterade till dödlighet. 144

Sammanfattning och diskussion av skillnader mellan B- och K_M-grupperna under observationstiden. 147

Kap 16. Behandlingsförlopp och utveckling av social anpassning 155

Social anpassning vid olika tidpunkter. 155

Fyra enskilda förlopp. 160

"Arne" - som exempel på pendling mellan delkulturinteraktion och passivt omhändertagande som överlevnadsstrategi. 161

"Birger" - som exempel på rekonstruktion av ett fungerande vardagsliv som upprätthålls genom primärgruppsrelationer i specialarrangerat boende. 168

"Holger" - som exempel på rekonstruktion av ett fungerande vardagsliv som upprätthålls genom avstånd till delkultur och till primärgruppsrelationer. 173

"Klas" - som ett exempel på rekonstruktion av ett fungerande vardagsliv som upprätthålls genom ett adaptativt förhållningssätt till delkultur och storsamhälle. 177

Sammanfattning. 184

Kap 17. Allmän sammanfattning 185

Kap 18. General Summary 199

DEL V

APPENDIX I - VII

Appendix I. Datainsamling och material för bestämning av den hemlösa gruppens storlek i Stockholm 1972-75. 216

Ekologisk avgränsning. 216

Undersökningsperiod. 217

Material. 217

Bortfall och felkällor. 219

Appendix II. Tabeller 220

Appendix III. Material och metod för undersökning av mortalitet och dödsorsaker 1960-70 för män boende 1960 på ungkarlshotell och härbärgen i Stockholm 225

Undersökningspopulation. 225

Identifiering och fastställande av vilka som avlidit. 225

Data om populationen. 228

Datafel. 228

Översättning från 7:e till 8:e revisionen av klassifikation av dödsorsaker. 229

Data som grund för beräkning av förväntad dödlighet. 229

Appendix IV. Population, urval, bortfall och material betr B- och K-grupp. 230

Population, urval och bortfall. 230

Observationstid. 232

Datainsamling och material. 233

Appendix V. Dödsfallens relation till alkoholmissbruk 236

Appendix VI. Dödsfallens relation till social och psykisk situation, löpnummer för B- resp K-fall hänvisade till appendix V 238

Appendix VII, Statistiska metoder och symboler 239

Litteraturreferenser 241

TABELLER OCH DIAGRAM

Tabeller

1 Förekomst av socialhjälp och korttidsboende för boende på enbart nivå A som ej är kända av nykterhetsvård. 30
2 Riskgruppsfördelning för ett urval härbärgesgäster. 30
3 Jämförelse mellan riskgrupp 2-3 och 4-6. 32
4 Fördelning på riskgrupper. 33
5 Antal hemlösa män resp kvinnor per 1.000 av befolkningen i Stockholms kommun 1972-75. 35
6 Incidens. 38
7 Antal sängplatser som helt eller delvis disponeras av hemlösa/100.000 av totalbefolkningen 1972 resp 1975 i Stockholm. 40
8 Incidens av hemlösa män för 1960 samt för resp år 1972-75. 41
9 Observerat (D) och förväntat (E) antal döda och överdödlighet (D/E) efter ålder. 51
10 Överdödlighet efter ålder för 1960 års hemlösa och Sundbys material. 54
11 Observerat antal döda och överdödlighet för 1960 års män mot Stockholmsmortalitet samt Sundbys "vagrants" resp "non-vagrants" mot Oslomortalitet. 55
12 Översikt över orsaksspecifik mortalitet. 57
13 Dödsorsak tbc i respirationsorganen. 58
14 Dödsår för tbc-fall. 59
15 Dödsorsak tumörer. 60
16 Mortalitet efter typ av cancer. 60
17 Dödsorsak alkoholism. 62
18 Dödsorsak cirkulationsorganens sjukdomar. 63
19 Mortalitet efter typ av sjukdom i cirkulationsorganen. 64
20 Dödsorsak ischemiska hjärtsjukdomar och cerebrovaskulära sjukdomar. 64
21 Dödsorsak respirationsorganens sjukdomar och därav pneumoni. 66
22 Dödsorsak matsmältningsorganens sjukdomar oh därav mag- och tolvfingertarmsår och levercirrhos. 67

23 Mortalitet efter typ av skada genom yttre våld och förgiftning. 69
24 Dödsorsak suicid resp övriga skador genom yttre våld och förgiftning. 69
25 Antal fler än förväntade dödsfall (D-E) i resp dödsorsak (eller grupp av dödsorsaker) samt andel av totalantalet fler än förväntade dödsfall ("extra" dödsfall). 72
26 Alkoholmissbruksrelaterade data och dödlighet. 75
27 Kriminalitetsrelaterade data och dödlighet. 76
28 Boendedata och dödlighet. 76
29 Socialhjälp och dödlighet. 77
30 Observerat (D) och förväntat (E) antal döda och överdödlighet (D/E) efter ålder för B + K-grupp resp 1960 års hemlösa. 81
31 Dödsfallens relation till alkoholmissbruk. 83
32 Boendesituation vid dödsfall. 84
33 Boendeform och dödsorsakernas relation till alkoholmissbruk (grupp I-IV). 85
34 Boendetid inom Krukisverksamheten för B-gruppen under obs-tiden. 113
35 Samband mellan andel dagar med skattning "kraftigt berusad" och andel observationsmånader med fylleriförseelse. 124
36 Alkohol-o/oo i blod vid skattning "kraftigt berusad". 125
37 Skillnader mellan B- och K-grupp tiden före obs-tidens början samt beträffande dödlighet år 1 + 2. 129
38 Jämförelse mellan B- och K_M-grupp beträffande matchade data. 130
39 Individuell överensstämmelse mellan B- och K_M-fallen beträffande matchade data. 131
40 Resultat betr fylleriförseelser noterade av nykterhetsnämnd. 132
41 Resultat betr beslut om tvångsåtgärder från nykterhetsvården. 133
42 Resultat betr inskrivningstillfällen på nykterhetsvårdsantalt. 134

43 Resultat betr inskrivningstid på nykterhetsvårds anstalt. 134
44 Resultat betr vårdperioder på nykterhetsvårdsanstalt. 135
45 Resultat betr vårdtid på nykterhetsvårdsanstalt. 136
46 Resultat betr dödlighet med avseende på alkoholmissbruk. 137
47 Resultat betr fettlever och cirrhos hos de avlidna. 138
48 Resultat betr etyl och metylintoxikation vid dödsfall. 138
49 Resultat betr vårdperioder på sjukhus. 139
50 Resultat betr vårddagar på sjukhus. 140
51 Resultat betr antal brottstillfällen. 140
52 Resultat betr boendeperioder på ungkarlshotell och natthärbärgen. 141
53 Resultat betr boendetid på ungkarlshotell och natthärbärgen. 142
54 Resultat betr totalantal vistelseperioder på ungkarlshotell, härbärge, nykterhetsvårdsanstalt, sjukhus och fängelse. 143
55 Resultat betr taxerad årsinkomst för de som resp period är överlevande och ej pensionärer. 144
56 Resultat betr antal döda under observationstiden. 145
57 Resultat betr antal döda och överdödlighet t o m 1975. 145
58 Resultat betr förekomst av dödsfall betingade av social och psykisk situation. 146
59 Förekomst i B-grupp i förhållande till K_M-grupp av företeelser relaterade till alkoholmissbruk, hälsa, kriminalitet, boende, ekonomi och dödlighet. 148
60 Kategorisering med avseende på social anpassning vid obs-tidens utgång för överlevande resp döda i B-gruppen. 15
61 Samband mellan maximal anpassning och anpassning vid observationstidens slut. 158
62 Samband mellan anpassning vid observationstiden början och observationstidens slut. 159
63 Samband mellan anpassning vid slutet av 1969 vid den första arbetsperiodens slut och vid observationstidens slut för de överlevande t o m 1969. 159

64 Kategorisering i riskgrupper med avseende på antal boendeperioder, nykterhetsvårdsåtgärder och boendenivå, för män resp kvinnor. 220
65 Riskgruppsfördelning efter ålder för män resp kvinnor med nordisk nationalitet. 222
66 Åldersfördelning (%) för riskgrupper. 223
67 Riskgruppsfördelning (%) för åldersklasser. 224
68 Dödsbevisets underlag för döda 1960-70. 228
69 Antal fall som lottades till B-resp K-grupp de 22 urvalstillfällena. 231
70 Genomlevd tid antal döda 1960-70 för 5-årsklasser. 239

Diagram

1 Observerat (D) och förväntat (E) antal döda efter ålder. 52
2 Överdödlighet (D/E) efter ålder. 53
3 Kvasiexperimentell design. 111
4 Diagram över sökningsförfarandet för fastställande av dödsfall och dödsorsak. 227

DEL I

INLEDNING OCH ORIENTERING ANGÅENDE MATERIAL OCH METODER.

Kapitel 1

INLEDNING

De hemlösa är en ur många synpunkter extrem grupp som ägnats förhållandevis stor uppmärksamhet i den vetenskapliga litteraturen. Flertalet större undersökningar har gjorts i USA, och många av dem kommer att beröras i ett senare avsnitt i samband med ett försök att bestämma innebörden av begreppet "hemlös". Men de hemlösa har blivit undersökta även i t ex Norge (t ex Sundby 1967, 1968, 1969, Ramsøy et al 1971) och i Sverige (t ex Inghe 1962, Norman & Schulze 1970, Grosin & Norman 1974, Alström et al 1974, Borg 1974, Åsander 1976).

Man kan då fråga sig om de hemlösa snart inte är så utforskade att ytterligare undersökningar bara blir upprepningar av gamla fynd. Så torde nog vara fallet när det gäller vissa grundläggande socialstatistiska data om de hemlösa i Stockholm, t ex att flertalet är ogifta eller frånskilda, en större andel än i övriga befolkningen är inflyttad, att en överrepresentation av rekrytering sker från arbetarklass, att en större andel fått uppleva splittrade hem i uppväxten; och när det gäller missbrukarsituationen t ex att flertalet har ett omfattande alkoholmissbruk, har stort antal fylleriförseelser, att många varit föremål för nykterhetsvårdsåtgärder och vistats på nykterhetsvårdsanstalter; och när det gäller hälsa att t ex leverskador och olycksfall ofta förekommer, att många har även andra sjukdomar och att de hemlösa har en överdödlighet; och när det gäller kriminalitet att flertalet blivit dömda för brott; och när det gäller bostad att många hemlösa cirkulerar mellan olika enheter för vård och tillfälligt boende.

Frågan kvarstår då vad som kan motivera ytterligare forskningsarbete beträffande hemlösa och således även detta arbete och några aspekter ska belysas.

1. Den grupp i samhället som är hemlös förändras med samhället men har varit ett inslag i vårt samhälle sedan åtminstone 1300-talet från vilken tid vi finner de första dokumenten som rör hur man ska handskas med "lösdrivare" (Levander 1974). När det gäller de hemlösa har samhällets engagemang huvudsakligen rört deras förhållande till arbete ("lättingar", "lösdrivare", "tiggare") och till bostad ("vagabonder", "luffare", "landstrykare"). Ända in i modernaste tid har det funnits lagar som reglerar "lösdrivares" förhållande till arbete och först genom att 1880 års lag om lösdriveri upphörde 1965 är "lösdrivares" och de hemlösas förhållande till arbete inte reglerat i någon särlag.

Boende var i allmänhet förbundet med arbete ("spinnhus", "varphus", "försörjningsinrättning", "arbetsinrättning", "arbetshus") men under mitten av 1800-talet öppnades härbärgen i Stockholm för lösdrivare som 1940 ersattes av ungkarlshotell. Vid början av 1950-talet ökade antalet uteliggare i Stockholm och åter öppnades natthärbärgen. Under 1950- och 60-talet var bostadsbristen allmän och denna sågs ofta som en av huvudorsakerna till att människor bodde på ungkarlshotell och härbärgen.

Vid slutet av 1960-talet och första hälften av 1970-talet förändrades vård- och boendestrukturen för de hemlösa och bostadslösa genom att vårdhemmet Högalid, som tämligen oförändrat varit kvar sedan dess öppnande 1905, ersattes med Skarpnäcksgården, att hotellhem med miniläghenheter med tämligen god materiell standard byggdes, samt att härbärgen och slumpräglade ungkarlshotell fick allt färre platser. Den genomgripande förändringen var dock att Stockholm från något år in på 1970-talet fick ett påtagligt lägenhetsöverskott och att kraven därigenom radikalt sänktes på de bostadssökande.

I och med att härbärgesgruppen blev allt mindre började det talas om att Stockholm inte längre hade någon större grupp hemlösa. Under 1970-talets första hälft inträffar också en avgörande förändring beträffande de hemlösas arbetssituation. Under efterkrigstiden fram till slutet av 1960-talet tillhörde flertalet hemlösa arbetskraften om än de oftast var tillfällighetsarbetare och utgjorde en reservarbetskraft. Under 1970-talet försämrades de hemlösas möjligheter att finna arbete och många förtidspensionerades (Isaksson, Norman & Svedberg 1978).

Det historiska perspektivet kan motivera att frågan ställs om en förändring som kan iakttagas beträffande ett visst fenomen, i vårt fall förekomst av hemlösa, snarare rör en förändring av manifestation och inte av fenomenet som sådant. Detta är ett av motiven bakom det försök vi gör att bestämma den hemlösa gruppens storlek 1972-75 och att jämföra den med de hemlösa 1955-60.

Som ovan nämnts var den allmänna bostadsbristen under 1950- och 60-talet då ofta sedd som en av de viktigaste orsakerna till hemlöshet och åtgärder mot bostadslöshet var en av de sex aktionslinjer på det förebyggande område som Inghe (1962) formulerade i samband med kartläggningen av 1960 års klientel på ungkarlshotell och härbärgen. Att tillgång till bostäder är av central betydelse torde inte behöva diskuteras och av speciellt intresse blir därför kartläggningen 1972-75 ur den synpunkten att den sker i en situation som nästan kan betraktas som ett ur bostadssynpunkt naturligt experiment (Israel 1961, MacMahon et al 1960). Lägenhetsöverskottet var under den aktuella perioden ca 5-10.000 i Storstockholm (Bostadsbyggnadsprogram för Stor-Stockholms bostadsförsörjning 1973, 1974). Det antal hemlösa som vi finner är således i en situation då ganska plötsligt ett av de problem som präglar de hemlösas aktuella livssituation avsevärt reducerats.

2. Deskriptionen av de hemlösa har en stor bredd men på flertalet punkter är den så ytlig att man inte kommer i närheten av en analys. Detta förhållande är ett av motiven bakom den dödlighetsundersökning som ingår i detta arbete i vilken ett försök görs att driva studiet så långt att den fråga kan belysas som rör vilken relativ betydelse för förståelsen av de hemlösas dödlighet och dödsorsaker som de medicinska-biologiska orsakerna har och i vilken mån dödligheten och dödsorsakerna kan ses som ett problem sammanhängande med samhälle, kultur och människans egna handlingar.

Att belysa denna fråga anknyter till det komplex av kunskap och överväganden som måste ligga till grund för hur en prevention ska kunna utformas (Inghe 1973). Om det visar sig att överdödligheten i första hand låter sig förklaras inom ramen för medicinsk-biologisk vetenskap måste följden bli att en bättre hälso- och sjukvård med speciell inriktning på hemlösa och liknande grupper borde utformas. Om det å andra sidan visar sig att överdödligheten bättre kan förstås sammanhänga med andra faktorer måste en prevention på lång sikt ha en annan inriktning.

3. De hemlösa är ofta i mycket nära kontakt med samhällets olika vårdorgan. Ytterligt lite är känt om hur vård-, behandlings-, och kontrollåtgärder för hemlösa i praktiken är utformade, arbetar och fungerar, vilken betydelse de har och hur de påverkar de hemlösa. Inom socialvården sker ständigt förändringar med syfte att förbättra situationen för de berörda men det är sällan man får veta om förändringarna ledde i riktning mot uppsatta mål. Det är av praktiska och administrativa skäl inte ofta som förutsättningarna föreligger för att med statistiska metoder belägga förekomst av eventuella effekter och effektstudium

är endast ett av många sätt att belysa innovationer (Caro 1971). Vi har dock genom uppläggningen av Krukis-arbetet (som presenteras senare i detta arbete) vissa grundläggande förutsättningar för en effektmätning. Vi ska belysa i vilken mån dessa förutsättningar motsvarar kraven, och genomför också en effektmätning. Som ett komplement därtill studerar vi vissa aspekter i några enskilda behandlingsförlopp, dels för att effekter i effektmätningens mening ska kunna ses i ett större individuellt sammanhang och dels som ett värde i sig, för att bidraga till en förståelse av den främmande livsstil som de hemlösa har och hur förloppet kan ta sig ut vid mötet med en behandlingsverksamhet.

Kapitel 2

MATERIAL, METOD OCH UPPLÄGGNING.

Detta arbete grundar sig på tre material och en mer detaljerad beskrivning av material och metoder presenteras i separata appendix. Följande material används:

1. De boende på 27 boendeenheter för hemlösa och bostadslösa i Stockholm 1972-75, för bestämning av den hemlösa gruppens storlek och för jämförelse med 1955-60 (Appendix I).
2. 1960-års klientel på ungkarlshotell och härbärgen för studium av dödlighet och dödsorsaker t o m 1970 och samband mellan sociala belastningsfaktorer och förhöjd dödlighet (Appendix III).
3. Ett urval av behandlings- och kontrollfall från natthärbärgena i Stockholm 1967-69 som följs dels under 5 observationsår för en resultatmätning och dels t o m 1975 för kvalitativt studium av några utvecklingsförlopp i samband med behandling och av social situation i samband med dödsfall (Appendix IV).

DEL II

PREVALENS OCH INCIDENS AV HEMLÖSA MÄN OCH KVINNOR I STOCKHOLM 1972-75, MOT BAKGRUND AV EN DEFINITION AV BEGREPPET "HEMLÖS", SAMT EN JÄMFÖRELSE MED PERIODEN 1955-60.

Kapitel 3

BAKGRUND OCH TIDIGARE UNDERSÖKNINGAR

Bakgrund och syfte.

Antalet hemlösa som vistas i Stockholm varierar från en tid till en annan, och frågan "hur många hemlösa finns det?" ställs ofta i litteraturen och diskussionen om de hemlösa. Att denna fråga ställs har bl a följande grunder:

1) Samhällskritiska grunder:

De hemlösa är ett iögonfallande tecken på att det är något i samhället som inte fungerar. Ju fler hemlösa, desto mer kan det ifrågasättas om samhället är ett välfärdssamhälle, om samhället har en för enskilda människor bra organisation. Med denna aspekt sammanhänger frågan om samhället utvecklas åt rätt eller fel riktning (Levinson 1963 s 599, Bahr & Caplow 1973 s 49, Inghe 1962 s 69).

2) Tekniska grunder:

För att kunna förbättra de hemlösas livssituation med hjälp av t ex socialvårds- och arbetsmarknadspolitiska och individuella åtgärder behöver man bl a veta hur stor gruppen är. Detta anknyter till frågan om förändring över tid, och om åtgärder har haft avsedda följder.

Med anknytning till båda dessa aspekter kan bestämningen av förändring över tid av antalet hemlösa ses som en välfärdsmätning (Johansson 1970).

Under större delen av 1960-talet var situationen tämligen oförändrad för de hemlösa i Stockholm. Boendet dominerades av ungkarlshotell och härbärgen med den gamla slumprägeln, arbetssituationen av tillgång på diversearbeten och ställning som reservarbetskraft. Under senare delen av 1960-talet och i synnerhet under första hälften av 1970-talet, skedde en markant förändring av situationen för de hemlösa. Arbetsmarknaden präglades av konjunktursvackor och strukturrationalisering som vid sidan om den ökande konkurrensen och de allt färre diversearbetena gjorde att de hemlösa alltmer förlorade ställningen som reservarbetskraft och blev defini-

tivt utslagna. Bostadsmarknaden präglades av ett kraftigt lägenhetsöverskott som möjliggjorde att många hemlösa fick egna bostäder. Inom socialvården skedde en mängd förändringar av betydelse för de hemlösa. Det ena härbärget och slumhotellet efter det andra stängdes, nykterhets- och institutionsvården använde alltmer sällan öppet tvång, nykterhetsvårdsarbetet integrerades med socialvårds- och barnavårdsarbetet (Isaksson, Norman & Svedberg 1978).

I en undersökning av 1960-års hemlösa i Stockholm (Inghe 1962) kunde man finna drygt 5000 individer. Under 1960-talet var situationen för de hemlösa så stabil att det fanns goda skäl att använda 1960 års tal som en ungefärlig angivelse. Under 1970-talet har bilden förändrats, 1960 års beräkning har kommit att sakna grund.

Undersökningens syfte är att studera problem förbundna med att besvara frågan hur många hemlösa det finns, i den förändrade situation som råder för de hemlösa under 1970-talets första hälft, samt att undersöka hur många bostadslösa hemlösa män och kvinnor det finns i Stockholm 1972-75.

Tidigare undersökningar om den hemlösa gruppens storlek.

Vid en genomgång av de större publicerade arbeten som behandlar en hel stads eller ett lands hemlösa finner vi skiftande bestämningar av gruppens gränser och begreppet "hemlös". Flertalet arbeten rör de hemlösa i nordamerikanska storstäder. Ett inslag i den nordamerikanska stadsbilden är förekomsten av "Skid Row"-distrikt som karakteriseras bl a av att där finns många billiga hotell med låg standard, barer, anställningsbyråer för tillfällighetsarbetare, billiga matställen, pantbanker, affärer för begagnade varor, religiösa organisationer som serverar gratis mat efter gudstjänsten, och att distriktet ofta är beläget nära affärs- eller industridistrikten eller vid stora varutransportcentra. (Bogue 1963). Flera av de stora undersökningar av hemlösa som gjorts i USA rör befolkningen i dessa distrikt.

I sin undersökning i Chicago anger Anderson (1923 s 13) att det finns 30.000 hemlösa på sommaren och 60-75.000 på vintern vid goda resp dåliga ekonomiska tider. Av Chicagos befolkning utgjorde de hemlösa 1-2,5 %. Dessa tal grundar sig på folkräkningsdata om antal ensamstående män med adress inom s k Skid Row-distrikt och antal boende på hotell och härbärgen inom dessa distrikt.

Dessa män kategoriseras i undergrupper med avseende på bl a försörjningssätt och rörlighet och alla betecknas som hemlösa män (ibid s 87). Ett likartat förfarande vid bestämning av antal och begreppet hemlösa män finner vi hos Sutherland & Locke (1936) med skillnad att undersökningen begränsades till 20 kommunala härbärgen i Chicago och att antalet beräknas för en period (1931-35). Under den 5-årsperioden passerar 100.000 män som alla betecknas som hemlösa. I närmast följande stora undersökning från Chicago (Bogue 1963) finner vi flera olika beräknings- och definitionsförsök. För att få en överskådlig bild av hemlöshetsproblemet i alla större städer i USA med hjälp av befolkningsstatistik, definieras de som lever utanför reguljära hushåll men ej på institution som hemlösa (ibid s 5). I 41 städer fann man 1950 200.000 individer som motsvarade detta kriterium, i Chicago 20.000. Att detta var en mycket approximativ siffra för antalet hemlösa män berodde på att dessa befolkningsdata inte enbart rörde Skid Row-distriktens invånare, att män och kvinnor var sammanräknade och att även de som var bosatta på fina hotell medräknades. Vid jämförelse med direktbestämningar av Skid Row-populationer fann man att antalet män som verkligen hörde till hemlöshetsgruppen var ungefär hälften av antalet enligt den befolkningsstatistiska bestämningen, d v s 10.000 i Chicago. Bogue gör också ett försök till direkt bestämning av antal hemlösa i Skid Row-distrikten i Chicago. Han möter då problemet att bestämma vad som ska betraktas som Skid Row-distrikt och dels vilka i dessa distrikt som ska betraktas som hemlösa. Han konstaterade att Skid-Row-distriktet inte kan klart avgränsas och gjorde då bestämningen

att alla härbärgesliknande hotell och boendeinrättningar som erbjuder logi åt hemlösa män och alkoholister med låga inkomster, samt alla extremt billiga hotell där mer än 2/3 av gästerna är män och omgivningen är Skid Row-lik betraktades utgöra Skid Row (ibid s 79). Antalet hemlösa bestämdes genom summan av i genomsnitt antal belagda sängplatser vintern 1957-58, plus antal av de där skrivna som vistades i ett visst fängelse eller på ett visst sjukhus, plus antal som enligt fältarbetares bedömning var uteliggare. Man fick då 12.000 individer som betraktades vara de hemlösa i Chicago som lever under Skid Row-betingelser. Enligt en uppskattning fanns dessutom 500 - 1.000 hemlösa män på andra ställen i Chicago varför den korrekta siffran uppgavs vara 12.500 - 13.000.

Vid kartläggningen av Philadelphias hemlösa (Blumberg et al 1973) gjordes en folkräkning natten den 27/2 1960 då ett 100-tal studenter noterade alla som vistades i Philadelphias Skid Row och angränsande distrikt och i boendeenheter för män med liknande socio-ekonomiska karakteristika som hemlösa belägna i andra delar av Philadelphia. De som levde utan hustru eller annan familjemedlem och ej var ägare till härbärge eller annan inrättning räknades som hemlösa. Man inkluderade dessutom de ensamstående män som var skrivna i distriktet men som den aktuella natten vistades på sjukhus, i fängelse och liknande institutioner. Kineser medräknades inte eftersom Chinatown var granndistrikt till Skid Row. Man fick så sammanlagt 2.850 män (ibid s 7) och konstaterar att man då inte räknat de som tillfälligt var borta men däremot de som övernattat på något av de undersökta hotellen, utan att för övrigt ha någon anknytning dit (ibid s 229).

I Storbrittanien har genomförts två riksomfattande kartläggningar av boendeenheterna för ensamstående hemlösa och deras gäster (National Assistance Board 1966, Digby 1976). De svårigheter man finner i att definiera begreppen "hemlös" och "hemlöshet" leder till att man av praktiska skäl utgår från de boendeenheter där man av erfarenhet vet att det finns hemlösa.

En förfrågan gjordes till sociala myndigheter om adresser till ställen där man trodde att hemlösa logerade. Man fick en lista på drygt 1.000 adresser som besöktes och bedömdes om de skulle medräknas. Knappt 700 ställen kvarstod efter prövningen och antal sängplatser och antal logerande räknades en bestämd dag. Man fann 1965 35.000 sängplatser för hemlösa och 1972 31.000, en minskning med knappt 20 %. Gästantalet 1972 var 27.000 varav 2.300 kvinnor. Antal sängplatser relaterades till totalbefolkningen inom resp geografiska gränser som således användes som referenspopulation. Antal sängar/100.000 invånare var för hela Storbrittanien 57, för hela London 145 och för London borough 371 där sängantalet minskat från 1965-72 med 14 %.

I Stockholm fanns 1960 2.000 sängplatser på ungkarlshotell och härbärgen (Inghe 1962) vilket utgör 247/100.000 av totalbefolkningen. 5.200 män var gäster 1960, och antalet som bott någon gång under 6-årsperioden 1955-60 kunde ungefärligt beräknas till 13.000.

I Göteborg fann en undersökning med likartad uppläggning (Göteborgs stads statistiska kontor 1964) 2.300 män 1961, 6.100 1956-61 och 518 män en bestämd natt i november 1961.

Problem sammanhängande med avgränsning med avseende på ekologisk bas.

I samtliga dessa refererade undersökningar (utom i Bogues befolkningsstatistiska undersökning) ges gruppen hemlösa en ekologisk avgränsning, d v s de som vistas i ett visst distrikt, på vissa hotell eller är skrivna där, hör till gruppen. Förutsättningen för denna gräns är att man redan vet vad man menar med hemlösa människor. Definitionen av begreppet "hemlös" är implicit i valet av ekologisk gräns. I flera undersökningar som rör USA-förhållanden med början under 1960-talet (Levinson 1963, Bahr 1967, Bahr & Caplow 1973) ifrågasätts detta förfarande. Grunden för denna kritik är att man med hjälp av en medveten social- och stadsplanepolitik börjat upplösa Skid Row-distrikten och sprida de hemlösa (Bahr & Caplow 1973).

Skid-Row-populationen tycks nu långsamt försvinna (Bahr 1967) medan det samtidigt inte finns något som tyder på att antalet hemlösa minskar (Bahr & Caplow 1973 s 51). Även i europeiska storstäder har det funnits och finns fortfarande slumdistrikt men det föreligger inga studier som tyder på att de hemlösa haft en så avgränsad ekologisk bas som Skid Row-distrikten utgjort i amerikanska städer.

Begreppet "Skid Row" förekommer även i europeiska studier men då för att beteckna ett extremt slumpräglat distrikt där uteliggare och helt förkomna alkoholister vistas (Edwards et al 1966) vilka utgör en undergrupp av hemlöshetsgruppen. Eller så används "Skid Row" för att beteckna en delkulturell identitet (Cook 1975) snarare än en avgränsad ekologisk bas.

Även om det inte påvisats att Skid-Row-distrikt i egentlig bemärkelse kan återfinnas i europeiska städer finns dock motsvarande boendeenheter för hemlösa, d v s slumpräglade hotell, härbärgen och speciella vårdenheter för hemlösa. I de två större kartläggningarna i Sverige utifrån denna ekologiska bas (Inghe 1962, Göteborgs statistiska kontor 1964) finner vi en beskrivning av gästgruppen ur medicinsk och sociologisk synpunkt och även om gruppen omnämns som hemlös diskuteras inte detta begrepp.

I de riksomfattande engelska undersökningarna (National Assistens Board 1966, Digby 1976) diskuteras svårigheterna att definiera den ekologiska basen och begreppet "hemlös". Urvalet av boendeenheter som ska räknas som "hostels" och "lodgings" grundas på om boendeenheten helt eller delvis ger logi åt de ensamstående som i vardagsspråk kallas hemlösa. I den första undersökningen betecknas alla i gästgruppen som hemlösa. I den senare beskrivs hela gästgruppen men som följd av de svårigheter som definition av begreppet "hemlös" innebär, görs inget försök att avgränsa gruppen hemlösa. Undersökningens föremål förskjuts då från en grupp människor till ett viss slags hotell och boendeenheter.

Frågan "hur många hemlösa finns det?" har således antingen

1) tillbakavisats med hänvisning till att begreppet "hemlös" är odefinierat vilket medför att de hemlösa inte längre kan studeras trots att det samhällsfenomen som de hemlösa utgör fortfarande anses i grunden oförändrat; eller
2) angetts som det totalantal individer som man funnit eller beräknat finns inom en ekologisk bas vilket har blivit ett alltför otillförlitligt svar genom att den ekologiska basen förändrats så att flertalet hemlösa inte längre vistas där (t ex Skid Row-distrikt) och att de hemlösa återfinns på boendeenheter där även andra människor vistas som inte kan anses hemlösa (t ex hotellhem med smålägenheter som man finner i Stockholm).

Problem förknippade med avgränsning med avseende på tid.

För beskrivningen av den tidsperiod varunder bestämningen ägt rum skiljer vi mellan punktprevalens, periodprevalens och ser även om man försökt bestämma incidens (Mac Mahon et al 1960). Vi finner då att samtliga refererade amerikanska och engelska undersökningar utom Sutherland & Locke (1936) anger antal vid en viss tidpunkt (Anderson 1923, Bogue 1963, Blumberg et al 1973, National Ass. Board 1966, Digby 1976).

Blumberg (1973) påpekar att antalet under en period skulle ge en riktigare bild av den hemlösa gruppen (ibid s 229). Antal för en 5-årsperiod finns angivet hos Sutherland & Locke (1936) men då endast för en speciell grupp inom hemlöshetspopulationen och Anderson (1923) gör en uppskattning av antal under en ettårsperiod. Hos Inghe (1962) finner vi totalantal och antal nya för en ettårsperiod (1960) och utifrån dessa tal en beräkning av antal för 6-årsperioden

1955-60. I endast en undersökning (Anderson 1923) sätts antal i relation till en referenspopulation varigenom prevalenstal kan anges, i detta fall punktprevalens.I ingen undersökning har försök gjorts att beräkna periodprevalens eller incidens.

Eftersom alla dessa undersökningar utgår från en ekologisk bas förutsätter angivelse av antal vid en viss tidpunkt att alla individer som ska medräknas vid observationspunkten kan antas befinna sig inom den ekologiska gränsen. Detta antagande saknar dock grund genom att många hemlösa är rörliga. I synnerhet när den ekologiska basen fått alltmer oklara gränser anger antal vid en viss tidpunkt antingen toppen på isberget (Levinson 1963) eller kommer att inkludera även icke hemlösa. Vid bestämning över en period ökar möjligheten att kunna medräkna de man inte kunnat nå vid en punktobservation, och samtidigt ökar också risken att inkludera även icke hemlösa.

Detta dilemma kan lösas endast under förutsättning att begreppet "hemlös" kan ges en icke-ekologisk definition.

Kapitel 4

ETT FÖRSÖK TILL DEFINITION AV BEGREPPET "HEMLÖS".

Det slags definitionsförfarande som kan vara relevant när det gäller ett begrepp som "hemlös" är det förfarande som betecknas explication (Carnap 1950), vilket innebär en transformation av ett inexakt förvetenskapligt begrepp, explicandum, till ett mer exakt begrepp, explicatum. Explicatum ska ha likhet med explicandum, och ska i möjligaste mån vara exakt, fruktbart och enkelt. En fördel med att explicera begreppet är inte enbart att man vet vad man talar om för fenomen utan också att explicatum kan anknyta till andra vetenskapliga begrepp. Explication är det definitionsförfarande som kan tillämpas när utgångsbegreppen är vaga och inexakta, vore de exakta skulle en explikation vara onödig. En explikation är inte fel eller rätt, enbart mer eller mindre tillfredsställande och användbar (ibid).

Hemlös och hemlöshet har använts under hela 1900-talet i samband med hemlösa män och hemlösa kvinnor. 1911 användes begreppet för att inkludera alla typer av män som saknade fast social och personlig anknytning (Solenberg 1911). "Almost all 'tramps' are 'homeless men' but no means are all homeless men tramps" (ibid s 209). "Tramps" är alltså en undergrupp under "homeless men" som betyder att han är en professionell vandrare, luffare.

I sitt klassiska arbete "The Hobo" (1923) om Chicagos hemlösa säger Nels Anderson: "There is no better term at hand than 'homeless men' by which the men who inhabit Hobohemia may be characterized" (ibid s 87). "It seems clear that there are at least five types of homeless men; a) the seasonal worker, b) the transient or occasional worker or hobo, c) the tramp who 'dreams and wanders' and work only when it is convenient, d) the bum who seldom wanders and seldom works, and e) the home guard who lives in Hobohemia and does not leave town" (ibid s 89).

Vi ser att dessa fem typer är olika bl a med avseende på geografisk rörlighet och arbete, två faktorer som för de

hemlösa nära sammanhängde vid den tiden då denna studie gjordes. Nels Anderson konstaterar: "All the problems of the homeless man go back in one way or another to the conditions of his work. The irregularity of his employment is reflected in the irregularity of all phases of his existence. To deal with him even as an individual, society must deal also with the economic forces wich have formed his behavior, with the seasonal and cyclical fluctuations in industry" (ibid s 121)

Hemlöshet och de hemlösa männens problem var nära förbundna med de ekonomiska krafterna i samhället, som var bestämmande för den oregelbundna livsföringen. Många enskilda hemlösa män hade psykiska problem och hade upplevt personliga kriser som bidragit till att de sökt sig till hemlösheten. Många var bofasta i Hobohemia "but are as completely cut off from their home associations as are the emigrants" (ibid s 78). Isoleringen från ens ursprungliga sociala nätverk är således ett karakteristiskt drag i de hemlösa männens hemlöshet. "On the road, a man is more or less immune to attacks upon his self-consciousness and self-respect, for his relations to other persons are loose and transient and he has no status to maintain" (ibid s 79).

Den sociala organisation som är karakteristisk för de hemlösa männen är dels den organisation som de distrikt har där de håller till, distrikt som i amerikanska städer kallas "Skid Row". Dessa distrikt har särpräglade drag med speciella insititutioner och utbud av service som distriktets fattiga och särpräglade befolkning behöver för livet som hemlös. Denna värld är i Nels Andersons beskrivning helt männens värld, de enda kvinnor som finns där är de prostituerade. Där finns också "the slave market", den gata där arbetsförmedlingsbyråerna är belägna. För de hemlösa är dessa distrikt liktydigt med "hem". "He can find those who will understand. The veteran of the road finds other veterans; the old man finds the aged; the chronic grouch finds fellowship; the radical, the optimist, the crook, the inebriate, all finds others here to tune in with them. They are friends or enemies only for the day. They meet and pass on" (ibid s 4).

Enligt Nels Anderson är det således karakteristiskt för de hemlösa att "hem" betyder att kunna möta sin like, att höra till en klass, men att medlemmarna i denna klass inte förenas på grund av stabila känslomässiga relationer utan på grund av likartade livsstilar, behov, kunskaper.

Medlemmarna i klassen ingår i ett mycket löst socialt nätverk. "Hem" har alltså bytt betydelse från att betyda fast bostad, värme, trygghet, eget hushåll o s v, till att betyda "att vara hemma i en grupp". "Hem" för de hemlösa kan bäst betecknas "att dela en kultur".

Det nära sambandet mellan hemlöshet och arbetssituation visade sig på 1930-talet på ett mycket konkret sätt i och med depressionen. Antalet hemlösa ökade då enormt (Sutherland & Locke 1936). Samma nära samband mellan arbetssituation och hemlöshet finner man i ytterligare en undersökning från Chicago, "Skid Row in American cities" (1963), som leddes av Donald Bogue. Denna undersökning omfattar befolkningen i Chicagos Skid Row-distrikt vilket inte är helt liktydigt med hemlösa människor. Varför och hur människor sorteras ut ger man följande sociologiska förklaring: "Skid Rows exist to provide continued survival for familyless victims of society´s unsolved social problem," (ibid s 405). "Individual men gravitate to Skid Row far more frequently because of irregular employment, unemployment, and low income, than because of alcoholism", (ibid s 404).

Många hemlösa har tidiga personlighetsskador. "From early boyhood, the cource of socialization of many Skid Row men was unusual or deviant" (ibid s 404). "These factors suggest that current homelessness is an essential part of their life adjustment" (ibid).

Ställningen på arbetsmarknaden som reservarbetskraft och en tidig personlighetsavvikelse gör enligt Bogue att hemlöshet kan ses som en form av anpassning. Däremot menar Bogue att han funnit att det är en komplett myt att de hemlösa är delaktiga i en gemensam kultur, en uppfattning som dock grundar sig på de svar man fått vid strukturerade intervjuer vilket inte är det instrument som i första hand

kan användas om de hemlösas eventuella delkultur ska studeras.(ibid s 169). De hemlösa är väl hemmastadda med medelklassvärderingar och kan skifta mellan medelklass- och delkulturvärderingar beroende på vad som passar sig i situationen, t ex i intervjusituationen (Wiseman 1970).

Ett likartat metodproblem har en stor kartläggning från Philadelphia (Blumberg et al 1973). De ideal som styr forskningen bestämmer till en del vad man finner. "We explicitly do not reject observation procedures. We do argue that whenever possible we should move toward other (external) indicators and procedures that complement participant observation" (ibid s 252). Man intar en mellanposition och tycker sig finna vissa belägg för att en del män identifierar sig med Skid-Row-livet, men man har dock endast strukturerade intervjuer att utgå ifrån. I detta arbete blir det inte utsagt vad man menar med hemlöshet och problemet karakteriseras främst utifrån alkoholmissbrukssynpunkt.

Delvis är motsättningen grundad på att begreppet kultur inte ges en bestämd innebörd i Bogues och Blumbergs projekt. Kultur betecknar i dessa undersökningar närmast vad som kan betecknas vänskapsband, stabil umgängeskrets, och attityder till dessa, d v s det som snarare kan betecknas med socialt nätverk (Boissevain 1968). Det finns ett par större undersökningar som grundar sig på deltagande observation förutom Nels Anderson (1923), ur denna synpunkt mer osystematiska undersökning. De mest omfattande är Samuel Wallace´s"Skid Row as a Way of Life" (1965), och James Spradley´s "You Owe Yourself a Drunk" (1970). Med kultur menar Spradley "the knowledge these men have acquired and use to organize their behavior. Their culture is the set of rules they employ, the characteristic ways in which they categorize, code, and define their own experience" (Spradley 1970 s 7). Spradley använder beteckningen "urbana nomader" för de män som brukar betecknas bl a Skid Row-alkoholister eller hemlösa män. Han framhåller att dessa beteckningar är storsamhällets beteckningar som kan vara användbara ur praktisk synpunkt och som ger hållpunkter för

hur man kan förhålla sig till dessa män. Beteckningarna har dock ingen motsvarighet i hur dessa män betecknar sig själva, sin identitet och kultur (ibid s 68). Socialisationen in i delkulturen går via språket. "The man who is acquiring this subculture learns first to identify specific objects and events such as flops[1], drunk tanks[2], and panhandling[3] with the correct terms, and then goes on to learn how they are taxonomically[4] related. Most important, as he is fully socialized into this culture he learns the underlying semantic principles of such domains as tramps, trusties[5], flops, time, place in the bucket[6], hustling[7], and way of making it. When he has acquired this knowledge he is able to organize his behavior according to the culture of urban nomads" (ibid s 251).

Även Wallace (1965, 1968) tillmäter språket denna betydelse för socialisationen till subkulturen: "Proper use of Skid Row terms quickly identifies him as a genuine insider" (Wallace 1968 s 101).

I likhet med Nels Anderson finner Wallace och Spradley att "hem" för de "urbana nomaderna" refererar till var de är socialt och psykologiskt förankrade, till skillnad från den betydelse "hem" har i storsamhällskulturen av en trygg punkt där man har sitt hushåll och sin tillflykt. Den sociologiska identitet som givits gruppen genom begreppet hemlösa män, som grundar sig på att de saknar hem i vanlig bemärkelse, implicerar således storsamhällskulturens värdering. Det finns dock ingen del av de "urbana nomadernas" kultur som har ett så detaljerat system av kategorier som just den del som rör var man sover. Detta betyder enligt Spradley att information om sovplatser kommuniceras i många olika sociokulturella sammanhang, vilket ger den kunskap

---

1) Sovplatser
2) Fyllceller
3) Tigga
4) Taxonomi: Grundat på kognitiva processer inkluderas termer som refererar till olika specifika objekt i ett begrepp
5) Betrodda interner
6) Fängelset
7) Oöversättbart. Täckord för olika sätt att nå ett mål, att fixa

som är nödvändig för de "urbana nomaderna". "Hem" har således, enligt Spradley, snarast innebörden social och psykologisk förankring, medan det ställe där man sover betecknas med ett hundratal termer.

I en undersökning från London (Cook 1975) konstaterar man att "homelessness is certainly more than the absence of a roof. Nor is to provide both bed and roof to remove the stigma of being homeless", (ibid s 32). "It is not getting the man off Skid Row that is the problem, but getting Skid Row out of the man" (ibid s 32).

Kulturbegreppet används inte i denna undersökning men i det praktiska arbetet har man fått en känsla av att Skid Row har "an identity or will of its own which is greater than the sum of individual on it" (ibid s 175). I detta och liknande uttalanden finns ett kulturbegrepp implicerat.

Detta finner vi också i en bok om hemlösa kvinnor i London (Brandon 1974). "Homelessness is frequently not just the absence of roof, warmth and relationships but a state of mind" (ibid s 8).

I flera arbeten som utgår från studiet av de hemlösa i New York (Bahr 1973, Bahr et al 1973) har man framhållit att hemlöshet innebär en frånvaro av anknytning till det sociala nätverk som omfattar den bofasta befolkningen. "Homelessness is a condition of detachment from society characterized by the absence or attenuation of the affiliative bonds that link settled persons to a network of interconnected social structures" (Caplow et al 1968). Vi kan se detta som en mer formaliserad version av de uttalanden vi funnit i åtskilliga arbeten, t ex i Nels Andersons´ "The Hobo". Att stå utanför detta sociala nätverk innebär också en maktlöshet i förhållande till de sociala strukturer som nätverket utgöres av, en maktlöshet även i förhållande till de organisationer som omfattar den vanliga befolkningen. Begreppet "hemlöshet", bestämt på detta vis betecknar en situation som inte är exklusiv för den grupp människor "urbana nomader", "hemlösa män", "Skid Row-alkoholister", som vi nu utgått ifrån utan kan

även gälla andra grupper i samhället t ex de som är långtidsboende på mentalsjukhus, på institutioner för utvecklingsstörda och även extremt isolerade och ensamma människor som ytligt sett ingår i den vanliga bofasta befolkningen. Däremot kommer människor inte betecknas som befinnande sig i en situation av hemlöshet enligt denna definition om de bara har en upplevelse av ensamhet, trots att de ingår i ett socialt nätverk, inte heller t ex sjömän om de ingår i ett socialt nätverk även om den personliga interaktionen försvåras av praktiska skäl.

Den grupp som vi brukar kalla hemlösa män är således en undergrupp i den större grupp som befinner sig i en situation av hemlöshet. Denna undergrupp har en mängd karakteristika, varav två framstår som grundläggande, nämligen att man hör till reservarbetskraften eller är helt utslagna, och saknar fast bostad. Dessa karakteristika är inte unika för den hemlösa grupp vi nu talar om men den kultur i Spradleys bemärkelse (1970), som utvecklas kring livssituationen som reservarbetskraft eller utslagen och bostadslös är en anpassning som inbegriper tolkningen av alla enskilda drag som är karakteristiska för de hemlösas livssituation och en kunskap om hur man ska handskas med dem för att kunna överleva i den situation man befinner sig. Eftersom denna kultur upprätthålls av en mindre del av medborgarna betecknas den delkultur. Den kulturella kompetensen och identiteten får man genom en socialisation som man i en nödsituation söker sig till som följd av utstötning eller flykt från det sociala nätverk man tidigare ingått i tillsammans med släktingar, familj, och andra i den mer vanliga bofasta befolkningen, eller i vissa fall som följd av att man aldrig som vuxen haft något storsamhällsanknutet socialt nätverk.

"The tramp world is especially suited for those with spoiled identities. Acceptance in that culture is based on rejection from the other and the life style which was held to be despicable has now become an asset. A nomadic way of life not only hides what others may consider to be personal failures, but it is a world of strangers who are friends" (Spradley 1970 s 255).

Är man väl en gång socialiserad till denna "värld av främlingar som är vänner" består den kulturella identiteten ofta även när man befinner sig i helt andra livssituationer. "After the socialization process has run its course, continued interaction may not be necessary for identification to persist" (Bahr & Caplow 1973 s 244).

Vi ska slutligen försöka formulera en tänkbar definition, i bemärkelsen explicatum, för hemlöshet och för den grupp som vi hittills kallat hemlösa.

"Hemlöshet" kan vi, i enlighet med Caplow-Bahr-Sternberg (1968), beteckna på följande sätt:

"Homelessness is a condition of detachment from society characterized by the absence or attenuation of the affiliative bonds that link settled persons to a network of interconnected social structures" (Caplow et al 1968).

Den grupp som vi hittills betecknat som hemlösa män och kvinnor kan bestämmas avgränsas till de människor som befinner sig i en situation av "hemlöshet", och som socialiserats till en delkultur som omfattar kunskaper om livet som bostadslös, reserv- eller utslagen arbetskraft, och om modeller för överlevnadsstrategier i den situationen.

Sammanfattning

Med hjälp av en litteraturgenomgång görs ett försök att ge begreppet "hemlös" en klarare bestämning. Följande bestämning föreslås:

Som "hemlös betecknas den människa som befinner sig i en situation av utstötthet från samhället karakteriserad av frånvaro eller uttunning av de nära sociala relationerna, som sammanlänkar den övriga bofasta befolkningen till ett socialt nätverk (situation av "hemlöshet"),och som socialiserats till en delkultur som omfattar kunskaper om livet som bostadslös reserv- eller utslagen arbetskraft, och om modeller för överlevnadsstrategier i den situationen.

Kapitel 5

DATAMATERIAL OCH OPERATIONALISERING FÖR BESTÄMNING AV DEN HEMLÖSA GRUPPENS STORLEK I STOCKHOLM 1972-75.

Datamaterial

Materialet grundar sig på boende- och nykterhetsvårdsdata för de 17.000 individer som 1972-75 vistades på någon av 27 boendeenheter i Stockholm som helt eller delvis har hemlösa som gästgrupp. Beträffande detaljer angående datainsamling, material och felkällor, se appendix I..

4.500 män och 50 kvinnor av utomnordisk nationalitet ingick i materialet. För praktiskt taget samtliga av de utomnordiska saknades personnummer. Det visade sig att medelåldern (1973) i den gruppen var 25,3 år jämfört med 41,2 för övriga män och 37,5 för övriga kvinnor. De utomnordiska männen utgjorde 20 % av samtliga som bodde ett visst år men endast 2-3 % av de boende en dag i mars under samma år. De var sommargäster på de hemlösas boendeenheter. Enligt uppgifter från fältarbetare rörde det sig ofta om asiatiska yngre män , många från Japan och Malaysia, och även många nordafrikaner och irakeser förekom. De vistades en kort tid i Sverige och försörjde sig på tillfälliga arbeten, ofta disk- och andra restaurangarbeten. Under den aktuella undersökningsperioden och fram t o m 1976 fanns möjlighet för utländska studenter att under högst 3 månader mellan maj och september få arbete utan reguljärt arbetstillstånd vilket också utnyttjades av många andra kategorier. Sannolikt hör de med utomnordisk nationalitet som vi finner till denna kategori tillfälliga gästarbetare.

Boendet på de aktuella boendeenheterna för denna stora grupp utomnordiska gästarbetare kan inte ses som ett tecken på den alternativlöshet som är karakteristisk för dem som vi betraktar som hemlösa. Det finns ingen anledning att anta att de är hemlösa i bemärkelsen isolerade från den bofasta befolkningens sociala nätverk annat än under den korta tid de vistas i Sverige och troligen inte i sina respektive hemland. Tänkbart är att de kan vara socialiserade till den

delkultur i sina respektive hemländer som omfattar kunskap om livet som reservarbetskraft men knappast som bostadslösa eller om de speciella överlevnadsstrategier som uppstår som följd av dessa olika faktorer. Det finns därför anledning att eliminera denna grupp som ej hemlös.

Vi finner i denna grupp 200 individer (4,4 %) som har en social situation som skiljer sig från de övrigas och de borde ingå i den fortsatta bearbetningen men de uteslutes dem av tekniska skäl eftersom de är så få.

När de utomnordiska männen och kvinnorna inte längre ingår i bearbetningen kvarstår 11.424 män och 932 kvinnor, totalt 12.356 individer.

Operationalisering av definition av begreppet "hemlös".

Tillämpning av den föreslagna definitionen av begreppet "hemlös" på datamaterialet kräver en operationalisering. När människor i den bofasta befolkningen, som sinsemellan är förbundna till ett nätverk av med varandra förbundna sociala strukturer, intar en perifer position i ens eget nätverk innebär det en brist på latenta resurser. Om man tar emot mer omfattande hjälp är relationen inte reciprok vilket medför att relationen kan bli parasitär. Vid bostadslöshet utnyttjar man då lättare de offentliga boendeenheter t ex hotell och härbärgen som inte förutsätter annat än möjligen betalning av hyra. Ju fler gånger en individ träffar (måste träffa) detta val desto mer troligt att den bofasta befolkningen är perifer i den individens sociala nätverk. Antal boendeperioder används som kriterium. Problemet utgör den grupp som bott bara en period, som antingen kan ha bott kort tid och inte återkommit p g a att de undvikit det, eller bott lång tid som uttryck för ett accepterande av hemlöshet.

I vilken grad en individ socialiseras till en delkultur är en funktion av hur tillgänglig kunskapen är, vilket normtryck som råder samt av det val som individen själv gör på grundval av hur individen själv värderar den delkulturella kompetensen. Att en individ väljer (av mer

eller mindre nödtvång) att tillägna sig en delkulturell kompetens avspeglas i hans handlingar, t ex att uppsöka vissa boendemiljöer, att berusa sig med alkohol så offentligt att samhället ingriper. Eftersom dessa handlingar också är följd av en yttre tvångssituation är de oklara som indikationer på individens egen strävan att tillägna sig eller manifestera en delkulturkompetens.

Följderna av dessa handlingar är dock att individen försätts i situationer där delkulturell kompetens förmedlas. Att uppmärksammas av nykterhetsvård är stigmatiserande och kan vara ett led i riktning mot en delkulturell orientering. Vård på nykterhetsvårdsanstalt innebär ett inlämmande i en delkulturellt dominerad miljö. Normtrycket i delkulturell riktning blir förstärkt i de flesta vårdsituationer genom att gruppen försöker skydda sin autonomi mot eventuella resocialiseringsförsök. Flertalet av dem från Stockholm som vårdas på allmänna vårdanstalter är eller har varit hemlösa.

Intensiteten i den delkulturella interaktionen och normtrycket varierar mellan olika boendeenheter med gästgruppens homogenitet beträffande livserfarenhet som bostadslös reserv- eller utslagen arbetskraft och grad av hot mot gruppens autonomi.

Den selektion ur gruppen bostadslösa som sker till hotellhemmen (nivå A, betr indelning av boendenivåer, se appendix I) och att även andra gästkategorier vistas där medför att gruppen inte är homogen. Där finns en möjlighet att undvika den delkulturellt orienterade interaktionen. Till de slumpräglade ungkarlshotellen och härbärgena (nivå B och C) sker inte samma selektion men även där kan man, åtminstone på nivå B, trots att den delkulturella orienteringen dominerar i viss mån undvika den. Till vårdenheterna (nivå D) och inackorderingshemmen (nivå E) sker en selektion av bostadslösa hemlösa missbrukare och den delkulturella orienteringen dominerar. Genom att boendet där är reglerat med avseende på t ex alkoholkonsumtion, arbete, beteende i resocialiserande syfte, och ofta sträcker sig över en lång tidsperiod, är normtrycket starkt i delkulturell riktning.

Den boendenivå (A, B/C, D/E) som individen kommit i kontakt med tas som en indikator på sannolikheten att han socialiserats till delkulturkompetens.

Som kriterier för att differentiera de hemlösa från övriga gäster använder vi således

1) antal boendeperioder 1972-75
2) förekomst av alkoholmissbruk som uppmärksammats av nykterhetsvård 1972-75
3) boendenivå 1972-75

Dessa tre kriterier kombineras till ett index genom att variabelstegen tilldelas riskpoäng.

Riskpoäng	Svagt eller inget kriterium:
0	En boendeperiod
0	Ej känd i nykterhetsnämnd i Stockholm
0	Bott enbart på nivå A (hotellhem, hotell Monumentet o Vale)
	Måttligt kriterium:
1	2 - 3 boendeperioder
1	Känd i nykterhetsnämnd
1	Bott på nivå B och/eller C (gamla ungkarlshotell och härbärgen men ej på nivå D eller E)
	Starkt kriterium:
2	4 eller fler boendeperioder
2	Vårdad på nykterhetsvårdsanstalt
2	Bott på nivå D och/eller E (vård- och behandlingshem, inackorderingshem)

Genom summering av riskpoäng får vi sju riskgrupper med 0 - 6 riskpoäng Tabell 64, appendix II).

Med avseende på kriterier på att individerna är hemlösa görs följande kategorisering av riskgrupperna:

Riskgrupp	Kriterier på att individen är hemlös
0	Svagt kriterium
1	1 måttligt
2	1 starkt, eller 2 måttliga
3	1 starkt + 1 måttligt eller 3 måttliga
4	2 starka eller 1 starkt + 2 måttliga
5	2 starka + 1 måttligt
6	3 starka

För grupp 0 finns endast svagt kriterium för att det rör sig om hemlösa, grupp 1 är en gränsgrupp. För att belysa denna gränsgrupp görs följande sammanställning där individer med 1 boendeperiod ingår i riskgrupp 0, 2-3 perioder i grupp 1, och 4 perioder i grupp 2.

Tabell 1

Förekomst av socialhjälp och korttidsboende för boende på enbart nivå A som ej är kända av nykterhetsvård.

	Boendeperioder					
	Män			Kvinnor		
	1	2-3	4-	1	2-3	4-
socialhjälp	19%	37%	42%	25%	35%	36%
vistelsetid < 30 dagar, ej socialhjälp	50%	12%	-	41%	6%	-

När det gäller andel socialhjälpstagare och korttidsgäster som ej har socialhjälp i denna gästgrupp är skillnaden markerad mellan grupp 0 och 1. En ytterligare belysning av hur kriterierna differentieras fås genom att de tillämpas på det urval av 45 härbärgesgäster 1967-69 som utgjorde behandlingsgruppen vid Krukis (se appendix IV).

Tabell 2

Riskgruppsfördelning för ett urval härbärgesgäster.

Riskgrupp	antal	%
0	0	
1	1	2
2	4	9
3	5	11
4	14	31
5	17	39
6	4	9
Totalt	45	100

Vid en klinisk bedömning av social anpassning vid tiden för utlottningen till behandlingshemmet (se appendix IV) bedömdes samtliga som antingen helt förkomna eller anpassade till de hemlösas delkultur (Norman & Schulze 1970 s 149). Enligt kriterierna är alla utom en hemlös och flertalet hör till de högre riskgrupperna. För att karakterisera grupp 1 och 2 ges en kortfattad beskrivning av dessa individer.

Exempel, riskgrupp 1

Led av en djup depression. Förlorade kontakten med sitt tidigare sociala nätverk och upprätthöll kontakt med enstaka ensamstående alkoholiserade män med viss anknytning till de hemlösas delkultur (B 75).

Exempel, riskgrupp 2

Äldre man som nyligen förlorat sin arbetsförmåga i samband med kroppsskada och svårt alkoholmissbruk. Starkt avståndstagande till de hemlösa som dock är de enda han har kontakt med (B 83).

Äldre man, bostadslös sedan 15 år. Bott på ungkarlshotell mest förr, senare år flyttat mellan bekanta, tältat, legat ute och försökt undvika de hemlösa gängen som han dock väl känner till (B 58).

Ung man som suttit i fängelse många gånger senaste sju åren. Under de korta perioderna i frihet svårt alkoholimissbruk tillsammans med andra hemlösa. Helt avskuren från andra sociala kontakter (B 71).

Vistats på vårdhem, pensionerad för psykisk sjukdom. Tidvis bott hos släkting. Dessemellan kringdrivande och socialt helt isolerad (B 89).

Dessa exempel motsäger inte det rimliga i att betrakta grupp 1 som gränsgrupp och grupp 2 som hemlösa.

För att belysa skillnaden mellan grupp 2 - 3 och 4 - 6 ser vi hur många som använder teknisk sprit (som ett särpräglat drag för hemlösa) och hur många som ej fått röstkort vid senaste val (som tecken på social isolering).

Tabell 3

Jämförelse mellan riskgrupp 2 - 3 och 4 - 6

Riskgrupp	Teknisk sprit		Fick röstkort	
	Antal svar	Antal ja	Antal svar	Antal nej
2-3	8	3	6	2
4-6	32	22	29	16

Antalet individer är litet men vi ser att tendensen går i förväntad riktning.

Vi räknar grupp 0 som ej hemlösa, grupp 1 som gränsgrupp och grupp 2 - 6 som hemlösa varav grupp 4 - 6 som utpräglat hemlösa.

Kapitel 6

RESULTAT

Antal hemlösa män och kvinnor i Stockholm 1972-75.

Vi finner följande fördelning på riskgrupper.

Tabell 4

Fördelning på riskgrupper.

	män	kvinnor	samtliga
0	1514	157	1671
1	2504	189	2693
2-3	4139	402	4541
4-6	3267	184	3451
Totalt	11424	932	12356

Antal (och senare också prevalens och incidens) anges med två tal där det första avser grupp 2-6 och det andra grupp 1-6 då således gränsgruppen, grupp 1, medräknats.

Under perioden 1972-75 fanns det på de enheter som ingår i materialet 7.400-9.900 hemlösa män och 580-775 hemlösa kvinnor, totalt 8.000-10.500 individer. De hemlösa utgör 65-85% av hela populationen. Dessutom var 1.500-4.000 män och 150-350 kvinnor i åtminstone boendekontakt med de hemlösas värld.

Åldersfördelningen varierar med riskgrupp (tab 66 appendix II). För männen stiger medianåldern från 30 år för grupp 0 till 46 för grupp 3 och 46-48 för grupp 3-6 (tab 65).

Även för kvinnorna finner vi att grupp 0 utgörs av unga personer, median 28 år medan medianåldern för grupp 2-6 varierar mellan 35 och 43 år.

Av kvinnor som hör till grupp 2-6 är 32% under 30 år, motsvarande för männen är 16%.

Även om grupp 0 till 50 % utgörs av personer under 30 år finner vi dock att 42% av alla män och 53% av alla kvinnor i denna åldersgrupp är hemlösa (tab 67). Av samtliga män och kvinnor som är 60 år och äldre är drygt 80% hemlösa.

Periodprevalens av hemlösa 1972-75

Befolkningen i Stockholms kommun används som referenspopulation eftersom samtliga de boendeenheter som studerats är belägna inom Stockholms kommun. Uppgifter om totalbefolkningens storlek 1972-75 är inte tillgänglig i offentlig statistik och referenspopulationen beräknas därför på följande vis (Statistisk årsbok för Stockholm, 1973). Alla beräkningar gäller personer 17 år och äldre.

Referenspopulation 1: Samtliga personer	Män	Kvinnor
samtliga 31.12 1972	269.581	318.369
samtliga utflyttade 1972	+ 20.741	+ 19.978
samtliga inflyttade 1973 x 3	+ 36.426	+ 33.735
	326.748	372.082

Referenspopulation 2: Samtliga ensamstående	Män	Kvinnor
ogifta, skilda, änkor/änklingar 31.12-72	116.802	165.324
ut- och inflyttade beräknat av (samtliga utflyttade -72 + inflyttade -73 x 3) x (andel ensamstående män resp kvinnor i resp åldersklass i befolkningen 31.12-72)	+ 34.410	+ 31.263
	151.212	196.586

I nedanstående tabell anges prevalenstal med två tal där det första talet avser prevalens för grupp 2-6 och det andra för grupp 1-6 då således gränsgruppen, grupp 1, även medräknats. Dessutom anges prevalens separat för grupp 4-6 som utgörs av de mest utpräglat hemlösa.

Tabell 5

Antal hemlösa män resp kvinnor per 1.000 av befolkningen i Stockholms kommun 1972-75.

Män

Ålder	samtliga män 72-75 i Sthlm Antal	antal hemlösa/1000 av samtliga män	samtliga ensamstå. män 72-75 i Sthlm Antal	antal hemlösa/1000 ensamst. män	antal i grupp 4-6/1000 ensamstående män
17-19	15.009	3.5-7.8	14.981	3.5-7.8	.6
20-29	88.220	12.8-22.3	68.607	16.5-28.7	4.9
30-39	50.465	28.3-40.7	20.413	69.4-100.1	29.1
40-49	47.199	40.4-50.4	13.523	141.1-175.9	69.4
50-59	55.416	32.0-38.0	13.454	131.8-156.4	66.3
60-69	43.524	21.8-24.8	10.780	88.1-100.1	41.7
70-	26.915	4.8-5.8	9.454	13.8-16.5	4.6
Totalt	326.748	22.7-30.3	151.212	49.0-65.5	21.6

Kvinnor

Ålder	samtliga kvinnor 72-75 i Sthlm Antal	antal hemlösa/1000 av samtl. kvinnor	samtliga ensamst. kvinnor 72-75 i Sthlm Antal	antal hemlösa/1000 ensamst. kvinnor	antal i grupp 4-6/1000 ensamstående kvinnor
17-19	15.375	1.0-1.4	15.105	1.0-1.4	.0
20-29	88.487	2.0-2.8	58.490	3.0-4.3	.9
30-39	43.785	2.4-3.2	15.113	7.0-9.3	2.2
40-49	48.641	2.7-3.3	13.947	9.3-11.5	6.0
50-59	62.875	1.5-2.0	21.803	4.4-5.7	1.6
60-69	59.072	.8-1.0	29.846	1.6-1.9	.3
70-	53.847	.4	42.282	.5	.02
Totalt	372.082	1.6-2.1	196.586	3.0-3.9	.9

Periodprevalensen för hemlösa män är 14 gånger högre än för hemlösa kvinnor, skillnaden är mindre i de lägre åldersgrupperna och större i de högre.

Prevalens av hemlösa män 1972-75 är 23-30/1000 män med högsta värde för åldersklass 40-49 med 40-50/1000.Även för kvinnorna ökar andelen upp till denna åldersklass men inte så markerat som för männen.

När de ensamstående utgör referenspopulation får vi prevalenstal 49-66/1000 ensamstående män och 3-4/1000 ensamstående kvinnor. För männen finner vi ett markant högt tal för åldersklass 40-49 med 141-176/1000 och även för 50-59 med 132-156/1000 ensamstående.

Incidens av hemlösa.

Ju längre tidsperiod som en prevalensbestämning omfattar desto mer närmar sig denna incidensen, men ju längre duration av det tillstånd som studeras desto långsammare närmar sig incidens och prevalenstal (MacMahon et al 1960 s 64). När man väl blivit bostadslös och hemlös varar denna situation mycket lång tid (Norman & Schulze 1970, Åsander 1976) vilket gör en incidensbestämning svår. De data vi disponerar för de boende 1972-75 om situationen före 1972 innehåller brister vilket medför att incidenstal tenderar att bli för högt. Detta problem ska först belysas.

Den avgörande bristen är att endast vissa register sträcker sig så långt tillbaka som nödvändigt vore för en egentlig bestämning av incidens. Flertalet register sträcker sig endast tillbaka till mitten av 1960-talet och incidensen som då kan beräknas är i själva verket incidens av dels nya fall och dels gamla fall som inte förekommit på boendeenheterna den senaste 5-10 årsperioden. Våra data gäller enbart Stockholm, de som förekommer i materialet som nya fall 1972-75 kan redan ha varit hemlösa och bostadslösa i andra städer. Incidensen gäller alltså incidens av bostadslösa hemlösa som inträffat på de enheter i Stockholm som ingår i undersökningen 1972-75 och som inte vistats där de senaste 5 åren.

Data om boende på härbärge (nivå C) finns endast för året före observationsperioden (1971) och de som bott 1970 och tidigare och ej bott 1971 och ej på någon annan boendenivå kommer att räknas som nya 1972-75. Av härbärgesgäster 1967-69 hade 85% även bott på nivå B (Norman & Schulze 1970 s 142), och dessutom har en del härbärgesgäster bott på nivå D. Av de boende 1967-69 bodde 66% på någon slags institution för hemlösa längre eller kortare tid 1976. (Isaksson, Norman& Svedberg 1978) och på grund därav kan uppskattas att 80-90% även återkommit 1972-75. Ju äldre härbärgesårgång

desto färre som inte sedan dess även bott på andra nivåer och vi tar därför med endast de boende 1968-70. Av de ca 1500 boende/år återkommer ca 1/3 året efter. Vi får då 1500+1000+1000-500=3000 härbärgesgäster 1968-70 som ej bott 1971. Därav har ca 10% bott enbart på härbärge = 300, varav 80-90% återkommer 1972-75 = ca 250 individer som i materialet framstår som nya 1972-75 men som vistats på enbart härbärge 1968-70. Denna beräkning är mycket approximativ men visar att detta datafel inte har någon avgörande betydelse för bestämning av incidens.

En annan brist är att data om tidigare boende på inackorderingshem (nivå E) saknas. Under 1972-75 finner vi 553 män och 40 kvinnor som bott enbart på nivå E, vars eventuella tidigare boende är okänt. Av samtliga på nivå A-D 1972-75 har 26% förekommit tidigare på nivå A-D och som approximation kan vi räkna med att det gäller även dem som 1972-75 bott enbart på nivå E. Vi får då 144 män och 10 kvinnor som bor 1972-75 på enbart nivå E och som kan anses ha bott tidigare på A-E. De som bor enbart på nivå E utgör 5% av samtliga 1972-75 men sannolikheten att de av dessa som även förekom tidigare även då fanns enbart på den nivån är större. Vi räknar med 25%, d v s 36 män och 3 kvinnor som tidigare bott på enbart nivå E och resten d v s 108 män och 7 kvinnor som bott på A-D.

Dessutom kan de boende på nivå A-D 1972-75 som ej bott på dessa nivåer före 1972 då ha bott på enbart nivå E. Som approximation förutsätter vi att populationsförhållandena var likartade 1968-71 som 1972-75 och att 26% av 553 män(enbart bodde på nivå E 1968-71) återkommer 1972-75. Bland dessa 144 män återfinns de ovanstående 36. Sammanlagt får vi således som tillskott till gruppen som bott före 1972 144+108=252 män och på likartat sätt 10+7=17 kvinnor. Det antal individer som berörs av denna databrist rörande nivå E är således litet och att beräkningen är så approximativ har därför inget avgörande inflytande för bestämningen av incidens för hela gruppen 1972-75.

Följande är att betrakta som fall som bott den senaste 5-årstiden före 1972, (betecknas "bott före -72").

	Män	Kvinnor
Framgår av datamaterialet	2.838	201
Härbärgesgäster 1968-70 som då ej bott på nivå A, B el D eller -71	+ 250	-
Enbart boende på nivå E 1972-75 som bott före 1972	+ 144	+ 10
Boende 1972-75 på nivå A-D som bott på nivå E före 1972	+ 108	+ 7
	3.340	218

Vi antar att åldersfördelningen för den första gruppen kan anses gälla samtliga och får då följande åldersfördelning för dem som bott före 1972, och för nya genom subtraktion från samtliga i grupp 2 (1)-6. Som referenspopulation för beräkning av årlig incidens beräknas 1972 års Stockholmsbefolkning, 17 år och äldre, som antal boende 31.12 1972 + antal utflyttade under året.

Med antal nya avses som tidigare nämnts antal som bor 1972-75 och som inte bott den senaste 5-årsperioden före -72 och det är denna grupp som incidenstalen gäller.

Tabell 6

Incidens

Män

Ålder	antal som bott före 1972	antal nya 1972-75	antal nya/år	årlig incidens/1000 av samtliga män -72 i Sthlm	årlig incidens/1000 av ensamst. män -72 i Sthlm
17-29	206	978-1878	245-470	3.0-5.8	3.7-7.1
30-39	467	961-1587	240-399	5.6-9.4	13.9-23.2
40-49	915	993-1464	248-366	5.7-8.4	19.8-29.2
50-59	1024	749-1080	187-270	3.5-5.1	14.4-20.8
60-69	641	309-438	77-110	1.8-2.6	7.3-10.4
70-	83	47-73	12-18	.5- .7	1.3-1.9
okänd	4	29-50	7-13	-	-
Totalt	3340	4066-6570	1017-1643	3.5-5.7	7.9-12.8

Tabell 6 forts

Incidens

Kvinnor

Ålder	antal som bott före 1972	antal nya 1972-75	antal nya/år	årlig incidens/1000 av samtliga kvinnor -72 i Sthlm	årlig incidens/1000 av ensamst. kvinnor -72 i Sthlm
17-29	54	134-217	32-53	.4- .7	.6- .9
30-39	44	61-97	15-24	.4- .6	1.1-1.8
40-49	58	71-103	18-26	.4- .6	1.4-2.0
50-59	38	58-87	15-22	.3- .4	.7-1.0
60-69	18	31-38	8-10	.1- .2	.3- .3
70-	6	13-13	4-4	.1	.1
okänd	0	0-2	0-1	-	-
Totalt	218	368-557	92-139	.3- .4	.5- .8

Nytillskottet av bostadslösa hemlösa per år är således ca 1000 -1650 män och 90 -140 kvinnor.

Den årliga incidensen blir för männen 3.5-5.7 per 1000 av samtliga män i Stockholm, 7.9-12.8 per 1000 ensamstående män i Stockholm, och motsvarande för kvinnorna 0.3-0.4 resp 0.5-0.8.

Incidensen varierar för olika åldersgrupper med högsta värde för männen i ålersklass 30-49 och för kvinnorna är incidensen likartad för åldersklasserna upp till 50 år.

Punktprevalens

Som tidigare nämnts (kap 3) utgör punktprevalens ett otillfredsställande mått på storleken av gruppen hemlösa med det sätt vi har att bestämma gruppens storlek, nämligen att räkna antal individer som vistas på de aktuella boendeenheterna. Punktprevalensen skulle då grunda sig på antal individer man finner boende en viss natt, d v s antal belagda platser, vilket på grund av de hemlösas stora rörlighet blir ett alltför ofullständigt mått på gruppens storlek vid den tidpunkten.

I likhet med Digby (1976) kan antalet sängplatser i stället för individer beräknas för att få något slags punktprevalenstal. Vi möter dock problemet att bestämma vad som räknas till "hostels" och"lodgings" vilket tidigare berörts.

Materialet 1972-75 är insamlat från boendeenheter med totalt 3.374 sängplatser 1.1 1972 och 3.027 1.1 1975. Av dessa sängplatser kan dock inte alla betraktas höra till "hostels" och lodgings".

Antal sängar/100.000 av totalbefolkningen i Stockholms kommun för kombinationer av olika boendenivåer är följande:

Tabell 7

Antal sängplatser som helt eller delvis disponeras av hemlösa/100.000 av totalbefolkningen 1972 resp 1975 i Stockholm.

Boendenivå	1.1 1972	1.1 1975
slumpräglade ungkarlshotell och härbärgen (B+C)	187	115
" " +hotellhem (A+B+C)	343	310
" " +inackordringshem (inkl Ängshöjden o Krinolinen (A-C, E, del av D)	422	390
" " + vård- och behem (A-E)	480	451

De boendeenheter som medräknas av Digby (1976) är alla de som helt eller delvis är inriktade på att ge logi för ensamstående hemlösa utom rena vård- och behandlingshem. De tal som ligger närmast för en jämförelse med Digby är för 1.1 1972 422 och 1.1 1975 390.

För London borough som närmast motsvarar Stockholms kommun finner Digby 371 sängplatser/100.000 av befolkningen och det finns således anledning att påstå att Stockholm har minst lika stor, och kanske större, andel som London av specialbostäder som helt eller delvis disponeras av bostadslösa hemlösa.

Jämförelse med den hemlösa gruppens storlek 1955-60.

Inghe (1962) gjorde en beräkning av antal hemlösa 1955-60 utifrån data om 1960-års klientel på ungkarlshotell och härbärgen. Enligt Inghes beräkning fanns det ca 13.500 män under den 6-årsperioden. Någon differentiering gjordes ej mellan hemlösa och andra gäster. Eftersom flertalet boendeenheter

som då undersöktes hade en viss slumprägel finns det anledning att anta att populationen bestod av hemlösa och gränsfall och att den snarast kan jämföras med grupp 1-6 i det aktuella materialet. Vårdenheterna ingick dock ej i Inghes material varför de som enbart vistats på nivå D ej medräknas. Vi får då 9.910 män i grupp 1-6 minus 586 som vistats enbart på nivå D, d v s 9.324 män för 4 år. Därtill kommer det antal som är nya för två år, d v s 1.643x2=3.286 män.

Antalet hemlösa män för 1970-75 kan estimeras till 12.600, att jämföras med 13.500 enligt Inghes estimation för 1955-60. Det föreligger således ingen väsentlig förändring av antal hemlösa mellan dessa perioder. Referenspopulationen bestående av samtliga män i Stockholm (i alla åldrar) estimeras för 1955-60 resp 1970-75 och periodprevalensen för de resp 6-årsperioderna blir då 29.2 resp 28.3/1000 män i referenspopulationen. Det föreligger således inte någon väsentlig förändring när det gäller varken antal eller periodprevalens för bostadslösa hemlösa män.

Inghe uppger att 1.888 män som bodde 1960 inte hade bott 1955-59. En del av dem kan ha bott före 1955 men de är troligen så få att vi kan bortse från detta. 1.888 män kan således betraktas som nya, jämfört med estimationen av nya/år 1972-75 som är 1.643. Referenspopulation utgör samtliga män 17 år och äldre 1960 resp 1972. Den årliga incidensen för 1960 kan estimeras till 6.2/1000 män i referenspopulationen att jämföras med 5.7 för resp år 1972-75.

Tabell 8

Incidens av hemlösa män för 1960 samt för resp år 1972-75.

Ålder	1960	Resp år 1972-75
17-39	8.1	7.0
40-59	6.7	6.5
60-	1.7	1.9
Totalt	6.2	5.7

Vi ser att årlig incidens 1960 och 1972-75 inte uppvisar några större skillnader.

Sammanfattning.

På 27 boendeenheter i Stockholm som helt eller delvis ger logi åt bostadslösa hemlösa män och kvinnor finner vi 1972-75 närmare 16.000 män och 1.000 kvinnor. Av dessa är 4.500 män och 50 kvinnor av utomnordisk nationalitet. De är tillfälliga gäster och gästarbetare och ytterst få av dem är hemlösa. De övriga 11.500 män och 930 kvinnor betraktas som eventuellt hemlösa. Utifrån en definition av begreppet "hemlös" utarbetas kriterier för att skilja hemlösa från övriga gäster med hjälp av de registerdata som ingår i materialet. Enligt dessa kriterier är 7.400-9.900 män och 580-775 kvinnor av dem som materialet omfattar hemlösa 1972-75. De hemlösa är äldre än de övriga gästerna, 40% av männen och 50% av kvinnorna, är hemlösa. Av gäster som är 60 och äldre är över 80% hemlösa. Med Stockholms kommuns befolkning som referenspopulation får vi en periodprevalens på 23-30 hemlösa män/1000 män i befolkningen och motsvarande för kvinnorna 1.6-2.1, med högsta prevalenstal för åldersklassen 40-49 år.

När de ensamstående i befolkningen används som referenspopulation finner vi framförallt för männen en markerad topp vid åldersklass 40-49 med 141-176/1000 och även för 50-59-åringar med 132-156/1000.

Det är ett betydande antal och också andel hemlösa vi finner. Jämförelsemöjligheter med undersökningar i andra länder saknas men en viss jämförelse kan göras med det antal hemlösa män som Inghe (1962) beräknade för Stockholm 1955-60. Vi finner då att det inte föreligger någon väsentlig skillnad i antal hemlösa män mellan den perioden och 1970-75, och periodprevalenserna är i det närmaste lika.

Den incidens som kan beräknas begränsas till att gälla incidens av hemlösa som inträffat på de enheter som undersökts och som inte vistats där de senaste 5 åren. Vi finner då att 1.000-1.650 män och 90-140 kvinnor kommer nya varje år. Nytillskottet i antal individer är för männen likartat stort för åldersklasserna upp till 50 år medan det för

kvinnorna finns en viss koncentration av nya till den lägsta åldersgruppen. Den årliga incidensen för männen är totalt 3.5-5.7/1000 av samtliga män, och 7.9-12.8/1000 ensamstående män. Motsvarande för kvinnorna är 0.3-0.4 resp 0.5-0.8. Vid en jämförelse av årligt nytillskott och incidens av hemlösa män för 1960 resp 1972-75 finner vi att såväl antal som incidens är likartade. Incidensen är år 1960 6.2/1000 män att jämföras med 5.7 per år 1972-75.

Som enda möjlighet till jämförelse med förhållanden beträffande hemlösa i ett annat land estimeras antal sängplatser på så likartat sätt som möjligt som Digby (1976) gjort i England. Vi finner då att Stockholm har minst lika hög prevalens som London av sängplatser på specialbostäder som som helt eller delvis disponeras av bostadslösa hemlösa.

Att det finns sängplatser för hemlösa är givetvis bra, att det finns hemlösa som är hänvisade till dessa specialbostäder är ett tecken på en allvarlig brist i vårt samhälle. Som synnerligt kritiskt blir det när vi finner att bilden är oförändrad sedan 15 år frånsett de påtagliga materiella förändringarna.

DEL III

DE HEMLÖSA MÄNNENS DÖDLIGHET UR MEDICINSK SYNPUNKT OCH SOM MÄNSKLIG HANDLING OCH PRODUKT AV KULTUR OCH SAMHÄLLE.

Kapitel 7

BAKGRUND OCH TIDIGARE UNDERSÖKNINGAR.

Bakgrund och syfte

De hemlösa männen lever under förhållanden, som innebär en mycket stor utsatthet för skador och sjukdomar. De lever ofta ett oskyddat liv, och befinner sig ofta i en svårutthärdlig livssituation.

Det torde vara omöjligt att finna en enda dödsorsak, där inte sociala eller psykiska faktorer spelar en viss roll (Sundby 1967, Inghe 1973). Detta är egentligen självklart eftersom döden gäller en människokropp och kroppens tillstånd influeras av den upplevande människans situation, sätt att handskas med kroppen och samhälleliga position som medför t ex olika exposition för gifter, förslitning o s v.

Vissa dödsorsaker, t ex cancer kan tyckas vara en odiskutabel medicinsk-biologisk dödsorsak samtidigt som vi vet att cancer ingalunda förekommer jämnt fördelad inom befolkningen utan vissa cancerformer drabbar vissa grupper mer än andra (Inghe 1973). Det finns således även i dessa sjukdomar en social genes. Att bestämma i vilken utsträckning medicinska-biologiska faktorer orsakar döden, och i vilken utsträckning döden betingas av sociala och psykiska faktorer är givetvis svårt.

Vi kan dock försöka dra en gräns mellan å ena sidan de dödsorsaker vars uppkomst den enskilda människan haft mycket liten möjlighet att påverka och å andra sidan de dödsorsaker som bäst förstås som en mänsklig handling och en produkt av den kultur och det samhälle vartill den människan hör. Vi ska försöka utröna i vilken utsträckning de hemlösas dödsorsaker kan ges en medicinskt-biologisk förklaring och i vilken utsträckning de hemlösas dödsorsaker bäst kan förstås som en del av de hemlösas egna handlingar och vardagssituation. Efter en genomgång av tidigare undersökningar ger vi först en allmän översikt över de hemlösas dödlighet och dödsorsaker genom att följa de män som 1960 bodde på ungkarlshotell och härbärgen i Stockholm beträffande dödlighet och dödsorsaker 1960-70, och granskar därefter alkoholmissbrukets

och boendesituationes betydelse för dödsorsakerna genom att dels studera dödlighet 1960-70 mot bakgrund av vissa sociala data från 1960 och tidigare, samt att mer detaljerat studera de dödsfall som inträffar under en observationstid på 7-8 år i en grupp som lottades 1967-69 från natthärbärgena.

Tidigare undersökningar beträffande de hemlösas mortalitet och den sociala situationens betydelse därför.

Att hemlösa har en överdödlighet i förhållande till normalbefolkningen är välkänt och en undersökning av dödlighet bland Skid Row-befolkningen i Chicago 1955-57 fann att antalet kvarvarande levnadsår för Skid Row-befolkningen var för respektive åldersklass ungefär hälften av för motsvarande i normalbefolkningen (Bogue 1963). Bogue anger en överdödlighet på 6.5 för Chicagos Skid Row-befolkning i jämförelse med totalbefolkningens mortalitet, en angivelse som dock är mycket osäker eftersom hänsyn inte tagits till olikheter i åldersfördelning.

För Philadelphias Skid Row-befolkning mellan 1963 och 1970 fann man att 8,7% avled under samma tid vilket jämförs med de av Bogue (ibid 1963) angivna 7% för Chicagos Skid Row 1957 och med 1,1% för vuxna män i normalbefolkningen 1956 (Blumberg et al 1973). Även denna bestämning av överdödlighet är emellertid behäftad med det avgörande felet att olikheter i åldersfördelning inte tas med i beräkningen samt beträffande Philadelphiaundersökningen inte heller den genomlevda tiden. Sundby finner i sin undersökning av mortalitet bland sjukhusvårdade alkoholister (Sundby 1967) en överdödlighet på 2.13 i jämförelse med Norges manliga befolkning i motsvarande åldrar. Han gör en uppdelning i materialet med avseende på antal domar för kriminalitet och betraktar dem med tre eller fler domar som hemlösa ("vagrants"). Mellan "vagrants" och"non-vagrants" finner han ingen skillnad beträffande överdödlighet.

I en uppföljning av de alkoholklinikvårdade 1960-61 i Oslo under en 10-årsperiod finner man att överdödligheten är 1.5 och att de få hemlösa som ingår i materialet (14%)

svarar för en väsentlig del av denna överdödlighet (Bratfos 1974). Detta belyser den svårighet som råder när det gäller jämförelser mellan olika patientkategorier om dessa kategorier inte kan hållas rena.

Vid en jämförelse av överdödlighet under en treårsperiod mellan alkoholmissbrukare vårdade på mentalsjukhus, psykiatrisk klinik resp registrerade på en socialbyrå för bostadslösa i Stockholm finner man en överdödlighet på 5.1 för mentalsjukhusvårdade, 1.6 för klinikvårdade och 3.8 för de registrerade vid socialbyrån (Alström et al 1974). Vid en 5-10 års observationstid finner man för klinikmaterialet en överdödlighet på 2.3 och för de vårdade på mentalsjukhus har överdödligheten sjunkit till 3.6. För de registrerade vid socialbyrån saknas uppgift om överdödlighet vid denna längre observationstid. För de mentalsjukhusvårdade tycks de första observationsåren innebära en accentuerad risk.

När det gäller orsaksspecifika dödligheten lider de amerikanska undersökningarna (Bogue 1963, Blumberg et al 1973) av osäkerheten att den uppgivna dödsorsaken i flertalet fall inte grundar sig på obduktion och ofta inte heller på föregående medicinsk undersökning.

Sundby finner en överdödlighet i suicid, övriga olycksfall, hjärtinfarkt, tumörer, levercirrhos, övriga matsmältningsorganens sjukdomar, respirationsorganens sjukdomar, lungtuberkulos och mentala sjukdomar för sjukhusvårdade alkoholister och ingen väsentlig skillnad mellan "vagrant" och "non-vagrants" förutom att "vagrants" inte har någon överdödlighet i hjärtinfarkt (Sundby 1967). Förekomst av denna överdödlighet kan verifieras av Alström et al (1974) för de registrerade vid socialbyrån för bostadslösa, men med en högre överdödlighet i olycksfall (ej suicid), respirationsorganens sjukdomar och tuberkulos. Man finner vidare en högre överdödlighet i cirkulationsorganens sjukdomar som sägs främst sammanhänga med hjärtinfarkt men några detaljer angående detta presenteras ej. Vidare finns skillnader betr cirrhos, matsmältningsorganens sjukdomar och mentala sjukdomar

som dock i viss mån kan vara betingade av att Alström et al reviderat dödsorsakerna för gruppen mentala sjukdomar varav en del fall tillförts t ex cirrhosgruppen. Några mer detaljerade analyser av enskilda dödsorsaker medger varken Sundbys "vagrant"-material (n=204) eller Alströms et al (n=327).

När det gäller de sociala faktorernas betydelse för överdödligheten bland hemlösa finner Blumberg et al (1973) inga samband mellan mortalitet och sociala data som t ex civilstånd, vistelsetid på Skid Row, antal nätter hos polisen senaste månaden, dryckesmönster, antal sjukdomar. Det enda samband man fann var att de som hade accepterat en Skid Row-identitet och såg sig själva som permanentboende på Skid Row hade högre dödlighet. Sannolikt lider även denna del av Blumbergs et al undersökning av den brist som tidigare påtalats betr genomlevd tid och olikheter beträffande åldersfördelning.

Sundby (1967) gör uppdelningen mellan "vagrant" och "non-vagrants" med syfte att just belysa hur den sämre sociala situationen och svårare alkoholmissbruket påverkar mortalitet och dödsorsaker. Han finner som ovan nämnts inga väsentliga skillnader mellan grupperna. Om det inom "vagrant"-gruppen finns speciella grupper med hög mortalitet berörs inte.

Alström et al (1974) jämför dödlighet för tre grupper för att belysa medicinska och sociala faktorers betydelse för dödligheten i alkoholfall där klinikvårdade betraktas som de socialt minst skadade, de hemlösa som de socialt sämst ställda och mentalsjukhusvårdade som en mellangrupp. Mot bakgrund av att mentalsjukhusvårdade fall med delirium tremens har högre dödlighet och att mindre svåra akutfall med följdtillstånd av alkoholmissbruk har lika stor dödlighet som hemlösa, drar man slutsatsen att överdödligheten sammanhänger med såväl sociala som medicinska faktorer där dock de medicinska anses ha en avgörande betydelse, men säger även att "överdödligheten bland de hemlösa....måste rimligen till avsevärd del sammanhänga med den svåra sociala situationen i denn grupp" (ibid s 2052). En redovisning av omständigheter

i samband med 24 dödsfall (Åsander 1976) respektive 14 dödsfall (Borg 1974) inom samma grupp registrerade vid socialbyrån ger stöd åt detta antagande.

Genomgående är att någon analys inte förekommer av vilka sociala eller psykiska faktorer som påverkar dödligheten. Alkoholmissbrukets betydelse framhålls klart medan analys av övriga sociala faktorer saknas.

I en av de få studier som gjorts om sociala faktorers betydelse för dödlighet inom en hemlöshetsgrupp rör suicid i San Franciscos Skid Row-befolkning (Attkisson 1970). Man finner då att "alcohol usage viewed as a single variable did not function meaningfully as a discriminator of individual differences within the suicide cohort. Only in its interaction with certain other variables did its role with regard to suicide become more apparent" (ibid 1970 s 156).

Bogue (1963) genomför ingen analys av de sociala faktorernas betydelse men slår helt allmänt fast att "Skid Row appears to be one of the last domains of avoidable and unnecessary death" (ibid s 230).

Sammanfattning

Det är fastslaget att de hemlösa har en överdödlighet jämfört med normalbefolkningen. När det gäller orsaksspecifik överdödlighet finner man en överdödlighet i många skilda sjukdomsgrupper men en mer detaljerad analys av orsaksspecifik dödlighet saknas som följd av att hittills gjorda undersökningar rört sig med för små material eller haft avgörande metodologiska svagheter. Undersökningar beträffande sociala och psykiska faktorers betydelse för överdödlighet inom gruppen hemlösa saknas nästan helt.

Kapitel 8

DÖDLIGHET OCH DÖDSORSAKER 1960-70 FÖR BOENDE PÅ UNGKARLS-HOTELL OCH HÄRBÄRGEN 1960.

Den grupp som undersökningen gäller är de som 1960 bodde på ungkarlshotell och härbärgen och som ingick i Inghes kartläggning (Inghe 1962). För att en längre tids uppföljning skulle tekniskt kunna genomföras omfattar undersökningen endast de svenskfödda. Sammanlagt 4.536 män följdes från 1960 t o m 1970 betr dödlighet, och observationstiden är således 10-11 år. Beträffande detaljer om material och metod, se appendix III.

Totaldödlighet och överdödlighet.

Av de 4.536 män som utgör populationen 1960 avlider 975, 21,5% t o m 1970. Det förväntade antal döda är 425.

Tabell 9

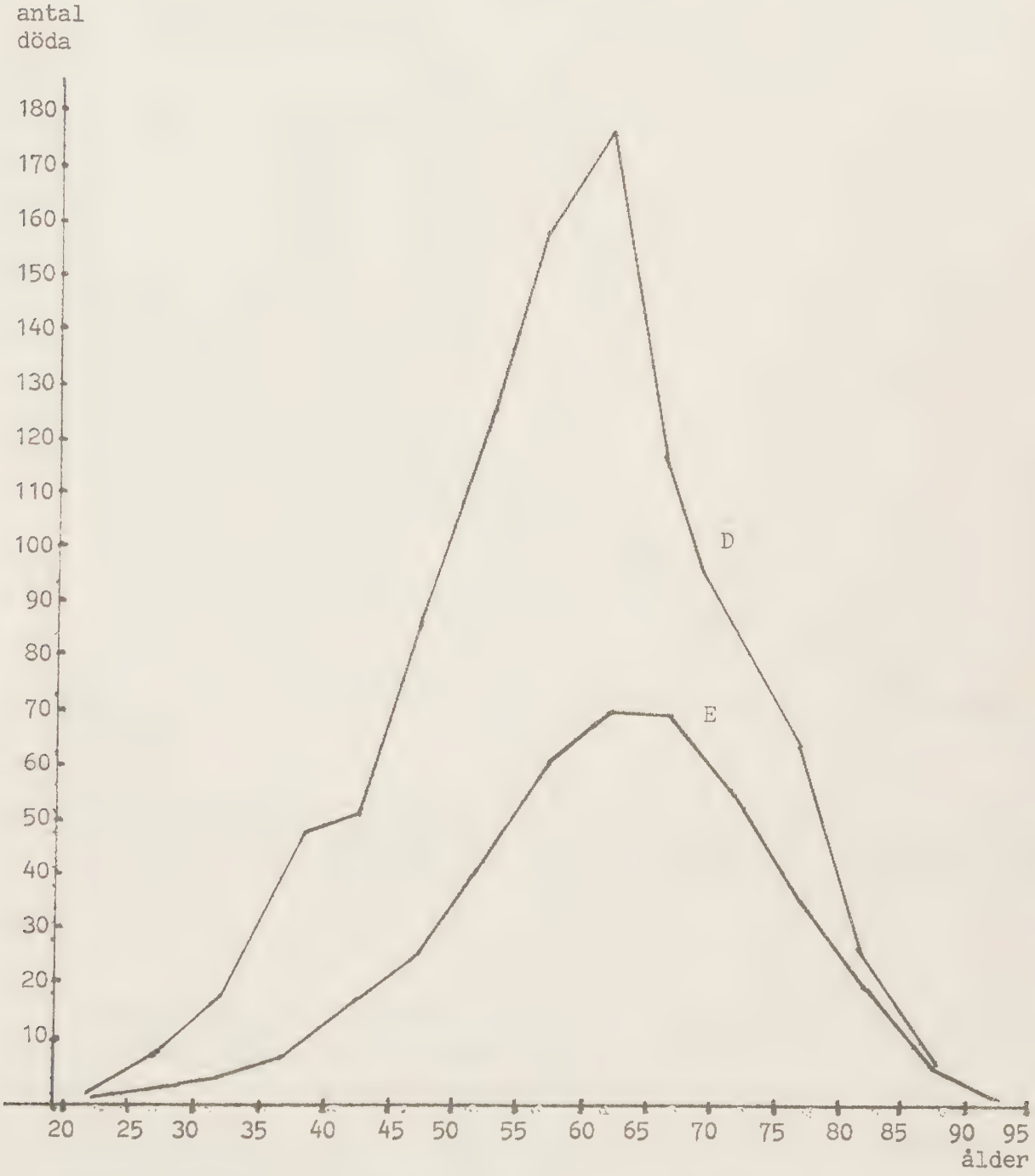
Observerat (D) och förväntat (E) antal döda och överdödlighet (D/E) efter ålder.

Ålder	D	E	D/E	sign
20-24	1	.49	2.03	-
25-29	8	2.04	3.92	x
30-34	17	5.12	3.32	xx
35-39	48	8.76	5.48	xxx
40-44	51	16.54	3.08	xxx
45-49	86	27.00	3.19	xxx
50-54	128	43.37	2.95	xxx
55-59	159	60.32	2.64	xxx
60-64	177	70.48	2.51	xxx
65-69	117	69.90	1.67	xxx
70-74	96	56.08	1.71	xxx
75-79	54	36.63	1.47	x
80-84	25	20.40	1.22	-
85-89	7	7.07	.99	-
90-94	1	1.19	.92	-
Totalt	975	425.39	2.29	xxx

Antalet döda stiger till en markerad topp för 60-64-åringar för att sedan avta.

Diagram 1

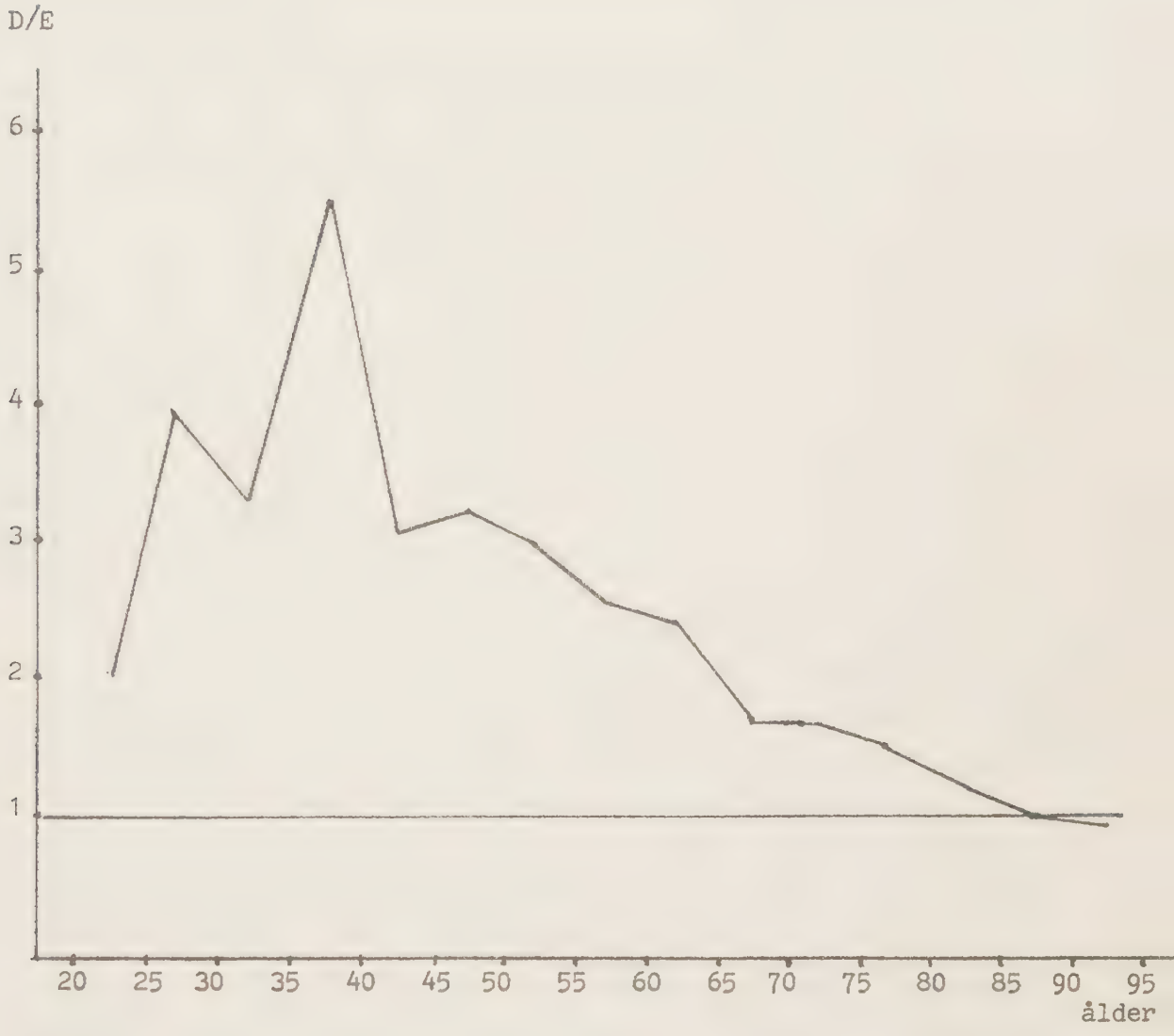
Observerat (D) och förväntat (E) antal döda efter ålder



I ålder 55-64 dör 205 män fler än förväntat. Överdödligheten totalt är 2.29 med en kraftig topp för åldersgruppen 35-39 med 5.5 gånger den förväntade dödligheten. Överdödligheten minskar därefter kontinuerligt med stigande ålder.

Diagram 2

Överdödlighet (D/E) efter ålder



Sundby finner en överdödlighet på 2.13 (jämfört med hela Norges mortalitet) för sjukhusvårdade alkoholister och överdödligheten för undersökningspopulationen är endast obetydligt högre, 2.29. När vi jämför den åldersspecifika överdödligheten finner vi dock en skillnad.

Tabell 10

Överdödlighet efter ålder för 1960 års hemlösa och Sundbys material.

Ålder	överdödlighet	
	D/E	Sundby D_s/E_n
20-29	3.56	2.95
30-39	4.68	2.25
40-49	3.10	2.96
50-59	2.78	2.58
60-69	2.09	2.21
70-79	1.62	1.59
80-	1.15	1.29
Totalt	2.29	2.13

De hemlösa 1960 har en överdödlighet som är dubbelt så hög i åldern 30-39 jämfört med de i Sundbys material. Sundby differentierar mellan hemlösa ("vagrants") och icke-hemlösa ("non-vagrants") med kriteriet tre eller fler domar för kriminalitet och finner då att total-överdödligheten inte skiljer sig mellan dessa grupper. Däremot har "vagrants" i Sundbys material en något stegrad överdödlighet i de lägre åldersgrupperna. Denna jämförelse baseras på mortaliteten i Oslo (E_o). För jämförelse med Sundbys data om "vagrants" beräknas förväntat antal döda (E_{st}) och överdödlighet med mortalitet i Stockholm 1961-70 som bas (Stockholms läns landsting 1972).

Tabell 11

Observerat antal döda och överdödlighet för 1960 års män mot Stockholmsmortalitet samt Sundbys "vagrants" resp "non-vagrants" mot Oslomortalitet.

Ålder	D	D/E_{st}	D_s	Sundbys "vagrants" Ds/E_o	D_s	Sundbys "non-vagrants" Ds/E_o
20-29	9	3.21	3	5.26	7	3.51
30-39	65	3.33	14	2.58	34	2.22
40-49	137	2.45	37	2.17	121	2.28
50-59	287	2.08	55	1.66	214	1.98
60-69	294	1.60	65	1.60	255	1.63
70-79	150	1.31	26	1.27	171	1.33
80-	33	.94	4	.73	55	1.26
Totalt	975	1.77	204	1.66	857	1.69

Vi finner att de regionala skillnaderna i mortalitet mellan Stockholm och Sverige i sin helhet medför att överdödligheten med Stockholmsmortalitet som bas är 1.77 jämfört med 2.29 när landet i sin helhet är bas. I lägsta åldersgruppen är så få individer att vi räknar samman de två lägsta åldersgrupperna och finner då för 1960-års hemlösa en överdödlighet på 3.3 i åldern under 40 år. Motsvarande för Sundbys "vagrants" är 2.8 och "non-vagrants" 2.4. Den något högre överdödligheten för 1960-års hemlösa kvarstår upp till 60 års ålder i jämförelse med Sundbys "vagrants" och "non-vagrants" men skillnaderna är inte så stora som kunde förväntas mot bakgrund av den svåra sociala situation som hemlösa befinner sig i. Genom att undersökningarna gäller så skilda tidsperioder, Sundbys 1925-62 och den aktuella 1960-70 och två olika länder kan ingen säker slutsats dras om överdödlighet för hemlösa i jämförelse med bofasta alkoholmissbrukare.

En annan skillnad är också att Sundby utgår från sjukhusvårdade alkoholister medan den aktuella från en grupp hemlösa.

Vi kan dock konstatera att man vid en lång observationstid (för 1960-års hemlösa 10-11 år, för Sundbys material 23-37 år) och jämförelse med storstadsmortalitet finner en totalöverdödlighet på 1.7-1.8 vilket kan anses vara en oväntat liten överdödlighet med tanke på de sociala förhållanden som råder för hemlösa. Alström et al (1974) fann en 3-årsperiod från 1969-71 att de 6.000 män som var registrerade vid en socialbyrå för bostadslösa i Stockholm hade en total överdödlighet på 3.8. 1960 års boende på ungkarlshotell och härbärgen och 1969-71 års registrerade på byrån för bostadslösa kan anses vara populationer som i väsentlig utsträckning är jämförbara. Skillnaden i överdödlighet kan därför ges två tolkningar nämligen att det faktiskt föreligger en högre dödlighet för hemlösa under början av 1970-talet, eller att skillnaden sammanhänger med olikhet i observationstid.

Att överdödligheten är accentuerad i början av en observationstid är troligt när denna tar sin början i samband med en social krissituation. För detta talar att de som var vårdade på mentalsjukhus p g a alkoholism hade en överdödlighet på 5.1 för en 3-årsperiod och 3.6 för en 5-10 årsperiod (Alström et al 1974). Vi har ingen möjlighet att mer exakt bestämma överdödligheten för de tre första observationsåren för 1960 års hemlösa och i den gruppen finns också en något lägre andel i åldern över 50 år i jämförelse med de registrerade vid byrån. Den treåriga dödsrisken är för 1960-års hemlösa 4.9% och för 1969-71 års byråregistrerade 5.4% vilket med hänsyn till olikhet i åldersfördelning är tämligen likartade tal vilket kan tala för att observationstidens längd har stor betydelse. Ett visst stöd för denna tolkning finner vi även hos Sundby (1967 tab 8) där det framgår att det för "vagrants" något mer än för "non-vagrants" är en accentuerad överdödlighet under de första 5 observationsåren jämfört med de följande 10. Som berörs i kap 9 har ett urval härbärgesgäster 1967-69 en överdödlighet under en 7-8 års observationstid på 4.5 men om detta ska kunna tas som tecken på en ökad dödlighet bland hemlösa är oklart med hänsyn till att härbärgesgruppen utgör en särgrupp.

Orsaksspecifik mortalitet

Som en första översikt över dödsorsakerna presenteras en uppdelning på den officiella dödsorsaksstatistikens 15 kapitel som kan vara relevanta för vuxna män. I 29 fall (3% av samtliga döda) är dödsorsaken okänd (se appendix III).

Tabell 12

Översikt över orsaksspecifik mortalitet.

	D	E	D/E	sign
I Infektionssjukdomar osv	54	4.6	11.7	xxx
II Tumörer	175	96.1	1.8	xxx
III Endokrina sjukdomar osv	7	7.1	1.0	
IV Blodbild.organens sjukdomar	0	.0	.0	
V Mentala rubbningar	50	4.6	10.9	xxx
VI Nervsystemets sjudomar osv	10	5.1	2.0	
VII Cirkulationsorganens sjukdomar	287	206.4	1.4	xxx
VIII Respirationsorganens sjukdomar	64	20.0	3.3	xxx
IX Matsmältningsorganens sjukdomar	89	29.6	3.0	xxx
X Urogenitalorganens sjukdomar	11	8.4	1.3	
XII Hudsjukdomar	1	.1	9.1	
XIII Muskeloskeletala sjukdomar osv	1	1.0	1.0	
XIV Medfödda missbildningar	2	.9	2.4	
XVI Symtom o ofullst preciserade fall	4	1.4	2.9	
XVII Yttre våld o förgiftning	191	49.3	3.9	xxx
Totalt	946	434.6	2.2	xxx

Överdödligheten är spridd på många orsaksgrupper och för infektionssjukdomar, tumörer, mentala rubbningar, cirkulationsorganens sjukdomar, respirationsorganens sjukdomar, matsmältningsorganens sjukdomar och yttre våld och förgiftning är överdödligheten statistiskt säkerställd på 0.1%-nivå.

Infektionssjukdomar och parasitära sjukdomar (Kap I).

Av de 54 som dött av dessa orsaker har samtliga dött av tuberkulos och därav 53 i lungtuberkulos. Dessutom har tuberkulos varit bidragande dödsorsak i 27 fall. För lungtbc som grundorsak finner vi följande överdödlighet.

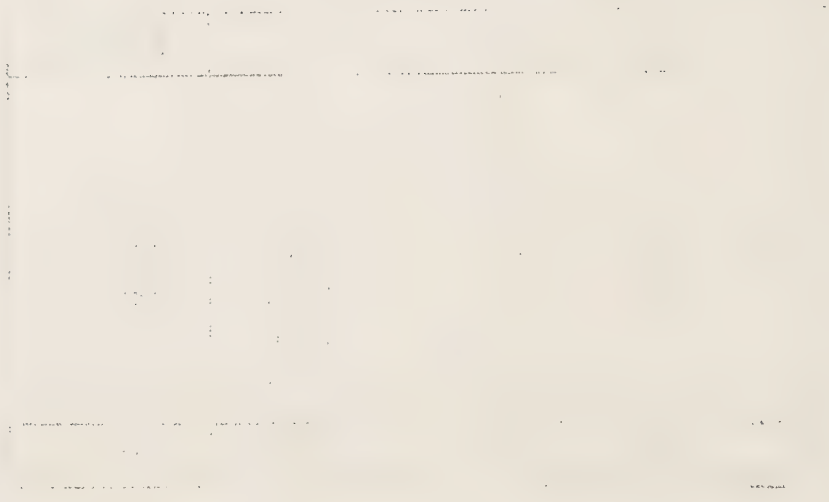
Tabell 13

Dödsorsak tbc i respirationsorganen

Alder	D	E	D/E	sign
20-29	0	.00	.0	
30-39	2	.01	200.0	
40-49	6	.15	39.9	x
50-59	26	.58	45.0	xxx
60-69	13	.66	19.8	xxx
70-79	5	.37	13.5	x
80-	1	.12	8.3	-
Totalt	53	1.89	28.0	xxx

Lungtbc är 28 ggr vanligare som dödsorsak för 1960 års hemlösa än för Sveriges befolkning och överdödligheten är i synnerhet markerad i åldern 50-59 år. 52,1 individer mer än normalt har avlidit i tbc vilket utgör 9,5% av alla "extra" dödsfall. Med "extra" dödsfall avses, i enlighet med Sundby (1967), den aritmetiska skillnaden D-E. Sundby (1967) finner en överdödlighet i tbc på totalt 2,27 och för "vagrants" 2,73 och överdödligheten för 1960-års hemlösa är således mer än 10 gånger så stor. Sundby drar av sina fynd slutsatsen att "one might predict that the problem of the asocial, alcoholic tuberculous patient will decrease proportionally with the general tuberculosis problem", (ibid s 79).

Tbc har i Sverige visat en mycket stark tillbakagång men är dock en realitet för de hemlösa under den aktuella tidsperioden. För att få en bild av om någon utveckling skett under 1960-talet ser vi när dödsfallen inträffat i de fall som tbc varit grundorsak resp bidragande orsak.



Tabell 14

Dödsår för tbc-fall

Dödsår	grund-orsak	bidragande orsak	Totalt
1960-62	13	7	20
1963-65	12	9	21
1966-68	16	5	21
1969-70	13	6	19
Totalt	54	27	81

Vi finner inget som tyder på att tbc som dödsorsak kunnat reduceras för 1960-års hemlösa under den aktuella tidsperioden.

Alström et al (1974) finner bland de 6.000 byråregistrerade 5 döda i tbc, en överdödlighet på 6 gånger normaldödligheten i tbc i Stockholm. Även om Stockholm har 1.55 högre dödlighet i infektionssjukdomar där tbc är största gruppen, än riket i sin helhet (Hälso- och sjukvårdsstatistik för Stockholms läns landsting 1971, tab 6) är överdödligheten ca 3 gånger större för 1960 års hemlösa under 1960-talet än för de byråregistrerade i början av 1970-talet. De hemlösas boendesituation har förbättrats vid början av 1970-talet, så är t ex de stora sovsalarna som fanns på många boendeenheter under 1960-talet praktiskt taget borta, varför det inte vore oväntat att finna en viss nedgång i tbc-dödlighet. Våra data är dock motstridiga och en möjlig tolkning är att bland dem som varit hemlösa redan på 1950-talet, vilket gäller flertalet av 1960 års grupp, finns en hög frekvens tbc-sjuka, vilket tar sig uttryck i en bestående hög dödlighet som följd av att deras levnadsförhållande är mycket svåra, medan nytillskottet begränsas genom att boendeförbättringar begränsar expositionen för tbc-smitta.

Tumörer (Kap II)

Vi finner en överdödlighet i tumörer på 1.82.

Tabell 15

Dödsorsak tumörer

Ålder	D	E	D/E	sign
20-29	0	0.2	.0	
30-39	3	2.0	1.5	
40-49	12	8.3	1.5	
50-59	44	24.8	1.8	xx
60-69	78	36.0	2.2	xxx
70-79	33	20.5	1.6	x
80-	5	4.5	1.1	
Totalt	175	96.1	1.8	xxx

Vi finner en överdödlighet i alla åldersgrupper från 30 års ålder och för 50-69-åringar är överdödligheten mest markerad. Överdödlighet återfinns för flera olika cancertyper.

Tabell 16

Mortalitet efter typ av cancer

Cancertyp	D	E	D/E	sign
Mun, svalg	10	1.6	6.3	xx
Matstrupe	12	2.1	5.6	xx
Magsäck	12	12.9	.9	
Tarm	15	11.6	1.3	
Struphuvud	5	.5	10.2	x
Luftstrupe -rör, lungor	45	16.3	2.8	xxx
Ben	1	.7	1.4	
Hud	0	1.8		
Prostata	13	9.4	1.4	
Övriga o ospec. organ	46	26.4	1.7	xx
Leukemi	5	4.3	1.2	
Övr tumörer i blodbild. o lymfatisk vävnad	4	6.3	.6	

Flertalet hemlösa är rökare och storkonsumenter av alkohol, faktorer som kan förklara att den större delen av överdödligheten återfinnes i respirations- och övre digetionsorganen (Sundby 1967). 51,5 individer mer än normalt har dött av dessa cancertyper vilket utgör 9,4% av samtliga "extra" dödsfall. För samtliga cancertyper finner vi att 78,9 indivder mer än normalt har avlidit vilket utgör 14,3% av samtliga "extra" dödsfall.

En stor grupp utgörs av maligna tumörer i övriga och ospecificerade organ (A 58) men någon närmare analys av vilka typer det rör sig om är ej möjligt.

Sundby (1967) finner en väsentligt högre överdödlighet i cancer (3.1 jämfört med 1.8) och för cancer i respirations- och övre digetionsorgan (7.8 jämfört med 4.5).

Alström et al (1974) finner bland de byråregistrerade att 4 av 40 som dött av cancer hade lokalisation i respirations- eller övre digetionsorgan, jämfört med 41% av cancerdöda i 1960 års grupp. Dessa skillnader i dödlighet som kan relateras till överkonsumtion av tobak och alkohol kan sammanhänga med observationstidens olika längd (23-37, 10-11 resp 3 år) eftersom de cancerogena effekterna uppstår efter lång expositionstid.

Endokrina systemets sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar (Kap III).

De sju individer som avlidit av dödsorsaker som hör till denna grupp har samtliga dött av diabetes mellitus. Överdödligheten i denna sjukdom är 1.2 (1.8 i åldrar upp till 60 år) och är förvånansvärt låg med tanke på att de hemlösas svåra sociala situation gör det svårt att sköta insulinbehandling.

Sundby (1967) finner för "vagrants" ingen överdödlighet i diabetes mellitus.

I ytterligare 11 fall anges diabetes som bidragande dödsorsak och andel med diabetes som huvudorsak resp bidragande orsak är ungefär densamma som i totalbefolkningen (Dödsorsaker 1969 och 1970 tab 1).

Mentala rubbningar (Kap V)

Till denna huvudgrupp hör alkoholism som underliggande dödsorsak. I de fall då levercirrhos föreligger som dödsorsak anges dock alkoholism som dödsorsak i de fall alkoholism är känd. Detta enligt WHO:s regler för klassifikation. Detta leder till en viss oklarhet beträffande både alkoholism och dess följdsjukdomar. Vi genomför dock ingen revision och finner då en överdödlighet på 10.9 för huvudgruppen mentala rubbningar.

I 47 av de 50 fall som det rör sig om är dödsorsaken angiven som alkoholism eller kronisk alkoholism, och för övriga 3 individer anges delirium tremens som dödsorsak.

Tabell 17

Dödsorsak alkoholism.

Ålder	D	E	D/E	sign
20-29	0	.0		
30-39	4	.3	12.1	
40-49	12	1.1	10.9	xx
50-59	18	1.7	10.7	xxx
60-69	13	.7	17.6	xxx
70-	0	.1		
Totalt	47	4.0	11.9	xxx

Vi ser en påtaglig överdödlighet och i synnerhet för 60-69-åringar är överdödligheten accentuerad. Vi har ingen annan undersökning att jämföra med som följd av förändrade klassifikationsregler (Sundby 1967) eller att dödsorsaken reviderats (Alström et al 1974).

Av samtliga 50 som avlidit av alkoholism eller delirium tremens har 45.4 individer mer än förväntat avlidit av dessa orsaker vilket utgör 8,3% av samtliga "extra" dödsfall. De hemlösa männens alkoholmissbruk är välkänt och överdödligheten därför förväntad.

Nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar (Kap VI).

5 av de 10 som avlidit av orsaker som hör till denna grupp har dött av epilepsi vilket är en överdödlighet på 6.1. I ytterligare 3 fall har epilepsi varit en bidragande dödsorsak. Mot bakgrund av den höga epilepsifrekvensen bland hemlösa är det snarast förvånande få som avlidit av denna sjukdom. Sundby (1967) finner en överdödlighet av samma storleksordning för "vagrants".

Cirkulationsorganens sjukdomar (Kap VII).

I denna grupp finner vi det största antalet döda och en signifikant överdödlighet på 1.4.

Tabell 18

Dödsorsak cirkulationsorganens sjukdomar

Ålder	D	E	D/E	sign
20-29	0	.13	.0	
30-39	4	1.70	2.4	
40-49	18	12.48	1.4	
50-59	79	45.73	1.7	xxx
60-69	95	74.49	1.3	x
70-79	74	54.25	1.4	x
80-	17	17.66	1.0	
Totalt	287	206.40	1.4	xxx

Vi finner en signifikant överdödlighet mellan 50 och 79 års ålder för de dödsorsaker sammantagna som ryms i huvudgruppen cirkulationsorganens sjukdomar.

Alström et al (1974) uppger en överdödlighet på 3, varav den största delen skulle betingas av överdödlighet i ischemisk hjärtsjukdom. Vi ska närmare se på vilka typer av sjukdomar i cirkulationsorganen som förekommer.

Tabell 19

Mortalitet efter typ av sjukdom i cirkulationsorganen.

Cirkulationsorganens sjukdomar	D	E	D/E	sign
Kroniska reum. hjärtsjukdomar	4	5.6	.7	
Hypertona sjukdomar	6	3.8	1.6	
Ichemiska hjärtsjukdomar	179	145.4	1.2	x
Andra hjärtsjukdomar	27	8.5	3.2	x
Cerebrovasculära sjukdomar	51	31.8	1.6	x
Sjukdomar i artärer, arterioler, kapillärer	9	8.5	1.1	
Venös trombos och emboli	10	2.2	4.5	x
Andra sjukdomar i cirk.organen	1	.4	2.5	
Totalt	287	206.4	1.4	xxx

Vi ser att ischemiska hjärtsjukdomar är den största gruppen men att överdödligheten är endast 1.2, medan överdödligheten är högre för den grupp som betecknas som andra hjärtsjukdomar, vari ingår bl a cardiomyopathi som kan ha samband med alkoholism. Även i venös trombos och emboli finner vi en mer markerad överdödlighet.

Vi ska se närmare på de två största grupperna, ischemiska hjärtsjukdomar och cerebrovaskulära sjukdomar.

Tabell 20

Dödsorsak ischemiska hjärtsjukdomar och cerebrovaskulära sjukdomar.

Ålder	Ischemisk hjärtsjukdom				Cerebrovaskulära sjukdomar			
	D	E	D/E	sign	D	E	D/E	sign
20-29	0	.0			0	.1		
30-39	0	.7			4	.5	8.1	
40-49	6	7.7	.8		7	2.3	3.0	
50-59	47	33.2	1.4	x	11	5.8	1.9	
60-69	68	54.8	1.2		13	10.2	1.3	
70-79	57	37.6	1.3		13	9.6	1.4	
80-	11	11.5	1.0		3	3.5	.9	
Totalt	179	145.4	1.2	x	51	31.8	1.6	xx

I båda dessa dödsorsaker finner vi en signifikant överdödlighet. För ischemiska hjärtsjukdomar är dödligheten lägre än förväntat upp till 50 års ålder, stiger därefter och är signifikant förhöjd för 50-59-åringar och sjunker därefter.

Sundby (1967) finner en överdödlighet på 1.23 i ischemiska hjärtsjukdomar för "vagrants" och 1.88 för "non-vagrants" och drar slutsatsen att "vagrants" trots ett svårare alkoholmissbruk i viss mån skyddas mot degenerativa kärlförändringar som följd av näringsbrist. De hemlösa i vårt material under 50 års ålder har 0.71 av den förväntade dödligheten i ischemiska hjärtsjukdomar men faktorerna bakom denna underdödlighet kan vi inte närmare klargöra och inte heller överdödligheten som gäller de som är över 50 år gamla.

När det gäller cerebrovaskulära sjukdomar är överdödligheten markerad i de lägre åldersgrupperna och sjunker med åldern. För åldersgrupper upp till 50 år är överdödligheten 3.9 och signifikant på 5%-nivå.

Sundby (1967) finner för "vagrants" en överdödlighet på 1.36 och 1.97 för "non-vagrants". För båda grupperna sammantagna har de under 50 år en överdödlighet på 2.65, och överdödligheten sjunker därefter med åldern. Vi finner således ett likartat mönster dock med mer markerad överdödlighet för de yngre. Mortalitetsmönstret som vi finner kan inte förklaras med de data vi disponerar.

80,6 individer mer än förväntat har avlidit i dirkulationsorganens sjukdomar, vilket utgör 14,7% av samtliga "extra" dödsfall.

Respirationsorganens sjukdomar (Kap VIII).

I respirationsorganens sjukdomar finner vi en signifikant överdödlighet på 3.3 och flertalet har avlidit i pneumoni.

Tabell 21

Dödsorsak respirationsorganens sjukdomar och därav pneumoni

Ålder	Respirationsorg sjukdomar				Därav pneumoni			
	D	E	D/E	sign	D	E	D/E	sign
20-29	0	.0			0	.0		
30-39	1	.5	2.4		1	.2	5.9	
40-49	6	1.5	3.9		5	.8	6.5	
50-59	19	3.6	5.3	xxx	9	1.6	5.6	x
60-69	23	5.9	3.9	xxx	16	2.8	5.7	xxx
70-79	11	5.7	1.9		7	3.3	2.1	
80-	4	2.5	1.6		4	1.9	2.1	
Totalt	64	19.7	3.3	xxx	42	10.5	4.0	xxx

Alström et al (1974) finner en 10 gånger högre dödlighet än förväntat för huvudgruppen respirationsorganens sjukdomar. Om denna accentuerade överdödlighet avspeglar en faktiskt ökad överdödlighet i dessa sjukdomar eller är en följd av att observationstiderna är så olika, kan inte avgöras.

Pneumoni är 4 gånger vanligare än förväntat, en överdödlighet som är likartad den som Sundby (1967) finner (3,66). Överdödligheten är accentuerad och ca 6 gånger högre än förväntat för åldersklasser mellan 30-69 år. Denna överdödlighet torde sammanhänga med det dåliga allmäntillstånd som är en följd av alkoholism (Sundby 1967).

Dessutom finner vi 5 döda i empyem och lungabscess mot förväntat 0.27, en överdödlighet på 18.5 som är signifikant på 5%-nivå. Även i bronkit, emfysem och astma finner vi en överdödlighet på 1.9 som dock ej är signifikant.

I pneumoni har 31,5 individer mer än förväntat avlidit, 5,7% av alla "extra" dödsfall. I samtliga respirationsorgans sjukdomar dör 44,3 individer mer än förväntat, vilket utgör 8,1% av de "extra" dödsfallen.

Matsmältningsorganens sjukdomar (Kap IX).

Vi finner en överdödlighet på 3.0 i dessa dödsorsaker, de två största grupperna är mag- och tolvfingertarmsår samt levercirrhos.

Tabell 22

Dödsorsak matsmältningsorganens sjukdomar och därav mag- och tolvfingertarmsår och levercirrhos.

Ålder	Samtliga matsmältn.-organens sjukdomar				Mag- och tolvfingertarmssår				Levercirrhos			
	D	E	D/E	sign	D	E	D/E	sign	D	E	D/E	sign
20-29	0	.1	.0		0	.0			0	.0		
30-39	2	.9	2.3		0	.1			2	.5	4.1	
40-49	18	2.9	6.1	xxx	2	.3	6.3		14	1.8	7.8	xx
50-59	25	5.4	4.6	xxx	8	1.2	6.9	x	15	2.6	5.7	xx
60-69	27	6.1	4.4	xxx	5	1.9	2.6		16	1.8	9.1	xxx
70-79	15	3.4	4.4	xx	5	1.2	4.2		3	.5	5.6	
80-	2	1.1	1.8		0	.4			1	.1	14.3	
Totalt	89	29.6	3.0	xxx	20	5.0	4.0	xxx	51	7.3	7.0	xxx

Till skillnad från vad Sundby(1967) finner kan vi konstatera en signifikant överdödlighet i mag- och tolvfingertarmsår som i synnerhet är markerad (6-7 gånger den förväntade) i åldrar mellan 40 och 60 år. Någon entydig förklaring till detta kan vi inte finna men tänkbart är att bakgrunden till att så svåra sår uppstått att de lett till döden kan vara att de hemlösa ofta använder alkohol för att dämpa buksmärtor och därför kommer under medicinsk vård först när deras tillstånd är så dåligt att det leder till döden.

Den kraftiga överdödligheten i levercirrhos är ej oväntad mot bakgrund av det omfattande alkoholmissbruk och ofta bristfälliga näringssituation som karakteriserar den hemlösa gruppen. Sundby (1967) finner en överdödlighet i cirrhos på 8.4, och Alström et al (1974) finner mot Stockholmsmortalitet en överdödlighet på 6 gånger vilket dock grundar sig på att huvudgruppen mentala rubbningar reviderats varigenom en del

överförts till cirrhosgruppen. Eftersom vi inte genomfört någon revision är jämförbarheten osäker. För att få en bild av den totala förekomsten av cirrhos bland de avlidna ska vi se i vilken utsträckning cirrhos angivits som bidragande dödsorsak. Vi finner då att i ytterligare 42 fall finns cirrhos angiven som bidragande dödsorsak, och sammanlagt finner vi således 93 fall vilket utgör 9,8% av samtliga döda med känd dödsorsak, och 211.0/100.000. Förväntat antal med cirrhos som bidragande dödsorsak (Dödsorsaker 1969 och 1970 tab 1) är 4.7 och den förväntade förekomsten av cirrhos som huvud- eller bidragande dödsorsak är 27.3/100.000. Förekomsten hos de hemlösa är 7.7 gånger högre.

I samtliga matsmältningsorganen sjukdomar avlider 59.4 individer mer än förväntat, vilket utgör 11,6% av de "extra" dödsfallen. Levercirrhos svarar därav för 43,7% "extra" dödsfall, 8% av samtliga.

Skador genom yttre våld och förgiftning (Kap XVII).

Näst efter cirkulationsorganens sjukdomar är yttre våld och förgiftning den största dödsorsaksgruppen. 141,7 individer mer än förväntat har avlidit av dessa orsaker, vilket utgör 25,8% av samtliga "extra" dödsfall. Det är flera olika typer av dödsorsaker som ingår i denna grupp.

Tabell 23

Mortalitet efter typ av skada genom yttre våld och förgiftning

Typ av skada	D	E	D/E	sign
Motorfordonsolyckor	26	9.5	2.7	xx
Andra trafikolyckor	8	2.3	3.5	x
Förgiftning	24	1.5	16.0	xxx
Fall	26	4.2	6.2	xxx
Öppen eld	13	1.0	13.0	xxx
Drunkning	19	1.8	10.5	xxx
Maskin- och verkstadsolyckor	0	3.0		
Övriga olyckshändelser	15	1.4	11.0	xxx
Suicid	56	21.0	2.7	xxx
Mord, dråp, uppsåtl misshandel	4	.5	8.2	
Ovisst om skadan uppkommit genom olyckshändelse el uppsåt	0	3.0		
Totalt	191	49.3	3.9	xxx

Den största gruppen utgörs av självmord och vi ska närmare studera den åldersspecifika dödligheten i denna dödsorsak och övriga skador genom yttre våld och förgiftning.

Tabell 24

Dödsorsak suicid resp övriga skador genom yttre våld och förgiftning

Ålder	Suicid				Övriga skador genom yttre våld och förgiftning			
	D	E	D/E	sign	D	E	D/E	sign
20-29	3	.6	5.5		4	1.2	3.5	
30-39	9	3.0	3.0	x	30	4.2	7.2	xxx
40-49	14	6.6	2.1	x	36	6.9	5.3	xxx
50-59	18	6.8	2.6	x	37	8.1	4.6	xxx
60-69	9	3.1	2.9	x	21	5.4	3.9	xxx
70-79	2	.8	2.5		5	2.1	2.4	
80-	1	.1	9.1		2	.6	3.5	
Totalt	56	21.0	2.7	xxx	135	28.3	4.8	xxx

Vi finner att överdödligheten i såväl suicid som övriga skador gäller samtliga åldersklasser och är signifikant mellan 30 och 70 år. Vi ser dock en förhållandevis låg överdödlighet i suicid som är tämligen likartad i samtliga åldersklasser, med endast obetydligt accentuerad överdödlighet på 3.3 under 40 års ålder.

Alström et al (1974) finner en något högre total överdödlighet på 4 och nämner att överdödligheten var störst för de yngre och sjönk med stigande ålder. Den skillnad vi kan konstatera kan vara en effekt av olikheter i observationstid. Sundby (1967) finner i synnerhet för "vagrants" att överdödligheten var mycket markerad under de första fem observationsåren (20.3) för att därefter märkbart sjunka (5.2). Jämförbarheten med Sundbys tal är emellertid osäker eftersom reglerna för vad som rubriceras som suicid har förändrats.

När det gäller övriga skador genom yttre våld och förgiftning finner vi en markerad överdödlighet för 30-39-åringar och en långsamt sjunkande överdödlighet med stigande ålder.

Skador genom yttre våld och förgiftning (inkl suicid) är grundorsak i 20% av samtliga dödsfall och dessutom har i 4% skador varit bidragande dödsorsak. I flertalet fall har skadorna inte rubricerats som aktiva suicidhandlingar utan som händelser som inträffar genom en olycka. Som framgår av vilka typer av skador det gäller (tab 23) torde det vara mycket sannolikt att bakgrunden till att olyckorna inträffar är att finna i de hemlösas speciella livssituation och i många fall torde olyckorna kunna jämställas med suicid.

Övriga dödsorsaker.

När det gäller dödsorsaker som hör till urogenitalorganens sjukdomar (kap X), hudsjukdomar (kap XII), skelett- och bindvävssjukdomar (kap XIII), medfödda missbildningar (kap XIV) och opreciserade fall (kap XVI) finner vi endast ett mindre antal fall och ingen signifikant överdödlighet.

De "extra" dödsfallens fördelning på dödsorsak.

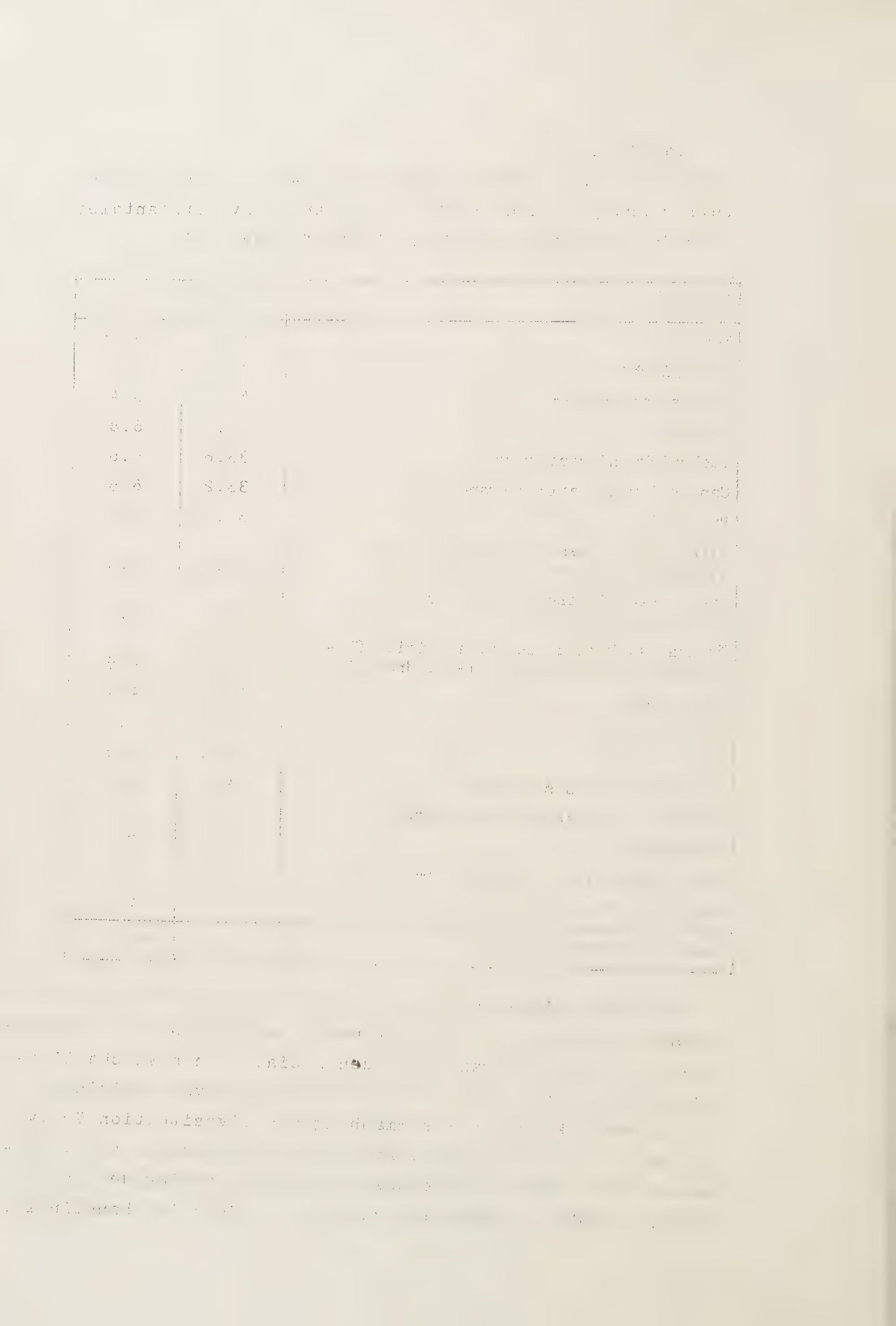
Vi har funnit en överdödlighet i åtskilliga dödsorsaker men eftersom antalet individer som dör i de olika dödsorsakerna är olika ger överdödlighetstalen ingen riktig bild av vilka dödsorsaker som ur praktisk synpunkt har den största vikten. Ett sätt att få en bild av detta är att beräkna den absoluta differensen mellan observerat och förväntat antal döda för olika dödsorsaker och andelen av totalantalet fler än förväntat döda (Sundby 1967).

Tabell 25

Antal fler än förväntade dödsfall (D-E) i resp dödsorsak (eller grupp av dödsorsaker) samt andel av totalantalet fler än förväntade dödsfall ("extra" dödsfall)

Dödsorsak	D-E	%
Tuberkulos	51.1	10.0
Levercirrhos	43.7	8.6
Kronisk alkoholism	43.0	8.4
Suicid	35.0	6.8
Ischemiska hjärtsjukdomar	33.6	6.6
Cancer i respirationsorganen	33.2	6.5
Pneumoni	31.5	6.2
Cirkulationsorganens sjukdomar utom ischemiska och cerebrovaskulära	28.1	5.5
Cancer utom i respirations- och övre digestionsorganen	27.4	5.4
Övriga olyckshändelser utom suicid, förgiftning, trafikolyckor, fall, drunkning	23.1	4.5
Förgiftning	22.5	4.4
Trafikolyckor	22.2	4.3
Fall	21.8	4.3
Cerebrovaskulära sjukdomar	19.2	3.8
Cancer i övre digestionsapparaten	18.3	3.6
Drunkning	17.2	3.4
Sår i mage eller tolvfingertarm	15.0	2.9
Samtliga övriga dödsorsaker	25.5	5.0
Samtliga "extra" dödsfall	511.4	100.0

Att ange några entydiga kriterier för huruvida dödsorsakerna ska anses som primärt medicinskt-biologiskt betingade eller som sammanhängande med den sociala och psykiska livssituationen torde vara omöjligt eftersom såväl medicinskt-biologiska faktorer som sammanhang med livssituation är av betydelse i samtliga fall. Även många dödsorsaker som vi betecknar som primärt medicinskt-biologiskt betingade kan ses som en produkt av samhälle, kultur och mänskliga handlingar,



men då i en så allmän mening (t ex trafikolycksfall som produkt av motorfordonstrafik, vissa cancerformer som följd av luftföroreningar, allmänt förhärskande kostvanor o s v) att det har mindre relevans för just denna studie. När vi betraktar dödsorsaker som primärt medicinskt-biologiskt betingade är det ur den synpunkten att den enskilda individens speciella livssituation, egna handlingar och interaktion med andra människor inte haft någon avgörande betydelse för att döden inträffar. Även i de fall som betraktas som primärt sammanhängande med social och psykisk livssituation spelar medicinskt-biologiska faktorer en roll, dels ur den allmänna synpunkten att döden slutligen inträffar som följd av en störning i biologiska funktioner och dels ur den synpunkten att sjukdomar uppstår som följd av individens speciella livssituation (t ex tuberkulos), och egna handlingar och interaktion med andra människor (t ex levercirrhos).

I många fall har dock de medicinskt-biologiska faktorerna endast betydelse ur ovannämnda allmänna synpunkt medan det avgörande för att dödsorsaken uppkommer är individens speciella livssituation (t ex bostadslöshet som medför ökad olycksfallsrisk), egna handlingar (t ex suicid och vissa suicidliknande olycksfall) och interaktion med andra människor (t ex dråp).

Vi ser att tbc, levercirrhos, kronisk alkoholism och suicid svarar för 33,8% av de "extra" dödsfallen och att förgiftning, trafikolyckor, fall och drunkning svarar för 20,9%. Dessa dödsorsaker kan anses nära sammanhänga med sociala och psykiska faktorer och de hemlösas speciella livssituation och utgör sammanlagt 54,7% av de "extra" dödsfallen. Även när det gäller en del av dem som avlidit i pneumoni, cancer i övre digestionsapparaten och sår på mage och tolvfingertarm kan detta samband anses föreligga i de individuella fallen (t ex alkoholmissbruk, vanvård, bristande födosituation). Vi kan som en uppskattning ange att de hemlösas speciella livssituation, egna handlingar och interaktion med andra människor har en avgörande betydelse när det gäller 55-65% av de "extra" dödsfallen medan för övriga 35-45% de medicinska-biologiska faktorerna är mer avgörande.

Sammanfattning.

Av de 4.536 män som bodde 1960 på ungkarlshotell och härbärgen i Stockholm avlider 21.5% t o m 1970, mot förväntat 9.4%. Överdödligheten är totalt 2.3 och är mest markerad för de lägre åldersgrupperna men är signifikant för alla åldrar mellan 25-80. Överdödligheten betingas av en rad olikartade dödsorsaker. Tuberkulos återfinns med en mycket markerad överdödlighet och dödsfallen av denna orsak visar ingen tendens att minska under undersökningsperioden. Dödsfall i cancer är vanligare än förväntat och i synnerhet cancer i respirations- och övre digestionsapparaten men även andra cancerformer är vanligare än förväntat. Att vi skulle finna en överdödlighet i kronisk alkoholism var förväntat med tanke på de hemlösas välkända alkoholmissbruk. I ischemiska hjärtsjukdomar finner vi en tendens till lägre dödlighet upp till 50 års ålder och därefter en överdödlighet medan vi för cerebrovaskulära sjukdomar finner en större överdödlighet bland de yngre som avtar med åldern. Cirkulationsorganens sjukdomar är totalt sett vanligare än förväntat. Pneumoni i synnerhet men även andra sjukdomar i respirationsorganen är vanligare som dödsorsak än förväntat. Att i levercirrhos finna en överdödlighet var förväntat men även mag- och tolvfingertarmsår är vanligare än förväntat. Den näst efter cirkulationsorganens sjukdomar vanligaste dödsorsaken återfinns i gruppen yttre våld och förgiftning. För de fall som betraktas som självmord finner vi en överdödlighet på 2.7 vilket är en förhållandevis ringa överdödlighet vid jämförelse med den överdödlighet som rör andra typer av våldsam död. Vid en fördelning av de fler än förväntade dödsfallen på de olika dödsorsakerna finner vi att 55-65% av dessa "extra" dödsfall har de hemlösas speciella livssituation som grund till att de inträffat medan 35-45% av de "extra" dödsfallen har ett mindre klart samband med den sociala situationen.

Kapitel 9

SAMBAND MELLAN SOCIALA DATA FÖR 1960 ÅRS HEMLÖSA OCH DERAS DÖDLIGHET 1960-70.

För kartläggningen av de boende på ungkarlshotell och härbärgen 1960 som Inghe genomförde (Inghe 1962) insamlades ett stort antal registerdata. Vi relaterar dessa data med dödsdata 1960-70 för att få en bild av om vissa grupper av hemlösa har en förhöjd dödlighet jämfört med andra hemlösa. Betr statistiska metoder, se appendix VII.

Vi finner följande relationer mellan registerdata som rör alkohol och dödlighet.

Tabell 26

Alkoholmissbruksrelaterade data och dödlighet.

	t	sign
Fylleriförseelse, antal, 0/1-	-4.5	xxx
0/1-10	-3.7	xxx
0/11-	-4.3	xxx
1-10/11-	- .9	
Nykterhetsvårdskontakt:		
känd eller aktuell med åtgärd	3.5	xxx
vistats på alk.anstalt	2.2	x
Mentalsjukhusvistelse någon gång under diagnos alkoholsjukdom	3.6	xxx

Vi finner en signifikant högre dödlighet bland de hemlösa som har ett alkoholmissbruk som uppmärksammats och medfört ingripanden från nykterhetsvård och psykiatrisk vård. När det gäller fylleriförseelser tycks den väsentliga skillnaden ligga mellan missbruk som överhuvudtaget uppmärksammats resp ej uppmärksammats, medan de som har extremt många fylleriförseelser inte skiljer sig från övriga med färre fylleriförseelser. Att polis och nykterhetsvård ingriper vilket avspeglas i dessa registerdata, är givetvis till en del betingat av alkoholmissbruket som sådant men att missbruket uppmärksammas och leder till ingripanden från samhället kan också ses som tecken på den sociala situation de

hemlösa befinner sig i samt som uttryck för egna handlingar som följd av tillhörighet till de hemlösas delkultur beträffande t ex var, när, hur och vad man dricker. Vi ska se om denna kvalitativa gräns kan återfinnas när det gäller även andra data och avvaktar med ytterligare tolkningar.

Vi finner också en accentuerad överdödlighet för dem som varit dömda för brott och en tendens till ökad överdödlighet för dem som dömts till fängelsestraff.

Tabell 27

Kriminalitetsrelaterade data och dödlighet

Antal domar för brott 0/1-	t	sign
Antal domar för brott 0/1-	-3.4	xxx
" " " 0-2/3-	- .6	
Antal fängelsestraff 0/1-	-1.8	

De som är dömda någon gång har en signifikant högre dödlighet än de som ej varit dömda och på likartat sätt som beträffande fylleriförseelser visar extremgruppen med 3 eller fler domar ingen överdödlighet jämfört med de som dömts färre antal gånger.

Med hjälp av vissa boendedata kan olikheter i dödlighet påvisas.

Tabell 28

Boendedata och dödlighet

	t	sign
Antal kalenderår 1955-60 med något boende på ungkarlshotell och härbärge		
1/2-	-4.0	xxx
1/2-3	-2.7	xx
1/4-6	-3.4	
2-3/4-6	- .6	
Sammanlagd boendetid 1955-60, månader		
<1/1-12	-1.8	
<1/12-	-1.7	
1-12/12-	.01	
Bott på mer än ett hotell	2.5	xx
Bott mer än fem perioder	2.2	x
Bott enbart på natthärbärge	.5	
Bott någon gång på natthärbärge	1.6	
Bott någon gång på Högalids vårdhem	.7	

Vi finner en markerad gräns mellan dem som har ett kalenderår med boende, d v s som kom för första gången 1960 och dem som bott även dessförinnan. De som väl återkommit visar sedan ingen ytterligare markerad överdödlighet om de återkommit många eller få år. När det gäller boendetiden finner vi en tendens till samma mönster. Vidare finner vi en överdödlighet för dem som bott på mer än ett hotell och mer än 5 perioder.

Vi finner däremot inte någon skillnad i överdödlighet mellan de boende på natthärbärge resp Högalids vårdhem och övriga, vilket kan tyda på att situationen för samtliga var tämligen likartad.

När det gäller socialhjälp finner vi följande:

Tabell 29

Socialhjälp och dödlighet

	t	sign
Antal år med någon socialhjälp		
0/1-	-4.6	xxx
0/1-5	-2.9	xx
0/6-	-4.5	xxx
1-5/6-	-2.1	x
Senaste år med socialhjälp 1959 eller 1960/tidigare eller aldrig	3.7	xxx

De som någon gång fått socialhjälp har en markerad överdödlighet jämfört med dem som aldrig fått socialhjälp, men även de som har haft socialhjälp flest år har högre överdödlighet än de med färre år. En av orsakerna till långvarigt socialhjälpsberoende är, och var i synnerhet under den tid som dessa data rör, sjukdom (Inghe 1960).vilket kan vara en av förklaringarna till dessa samband. En annan förklaring kan också vara att socialhjälpsberoende är en indikator på olikartade, svåra sociala situationer som sammanhänger med t ex alkoholmissbruk och frånvaro av bostad och arbete.

Vi finner även att de ogifta[1] har signifikant lägre dödlighet än de som varit gifta ($t=2.0^{x}$), och det är ett vanligt fynd i morbiditets- och mortalitetsstudier att ogifta har lägre sjuklighet och dödlighet än frånskilda (Nyström 1977).

Det tycks föreligga en kvalitativ gräns mellan förekomst eller ej av fylleriförseelser, dom för brott, boende något år tidigare, boendetid 1 månad eller längre medan graden av förekomst har mindre betydelse för en accentuerad överdödlighet. Att närmare analysera den kvalitativa gräns som vi finner antydd i dessa data, låter sig inte göras med detta material men det kan hållas för troligt att gränsen konstitueras av inträdet i de hemlösas delkultur.

Det ligger nära till hands att betrakta dessa fynd ur stämplingsteoretisk synpunkt (Becker 1963). Ur denna synpunkt skulle det tillfälle då man för första gången grips för fylleri, döms för brott, återkommer till ungkarlshotell och härbärgen något år utöver det år man först bott där, bor där 1 månad eller längre kunna ses som ett stigma genom det sätt på vilket det avvikande beteendet betraktas och hanteras av omvärlden. Denna stämpling av individen innebär en förändrad självbild och ger också en möjlighet till inträde i en avvikargrupp. Den accentuerade överdödligheten skulle då sammanhänga med de speciella livsvillkor som gäller i avvikargruppen, i de hemlösas delkultur. Blumberg et al (1973) lyckas inte finna några samband mellan sociala data och dödlighet (möjligen som följd av metodfel) utom när det gäller om individen anser sig vara permanent på Skid Row och har en delkulturidentitet. Denna delkulturidentifierade grupp har högre dödlighet.

Att många av de sociala situationer som karakteriserar de hemlösas situation är stigmatiserande och kan medföra förändrad social interaktion och självbild för den som försätts i en sådan situation är belagt av t ex Spradley (1970). Frågan är dock obesvarad vad som skiljer dem som undviker den stigmatiserande situationen eller som inte låter sig stämplas när de kommit i en stigmatiserande situation (Knutsson 1977). Den stigmatiserande situationen innebär

1) här avses de icke tidigare gifta.

en exposition för möjligheten att tillägna sig den kunskap, det språk och den interaktion som karakteriserar delkulturen men om denna expositon leder till ett tillägnande eller ej sammanhänger med expositionens intensitet men även med det värde som ett tillägnande kan ha för individen i den situation han befinner sig. Individens tolkning av den stigmatiserande situationen kan förstås endast i ett sammanhang med individens tidigare erfarenheter och totala livssituation och inte utifrån stigmatiseringen själv.

För att förstå de hemlösas dödlighet måste den ses i detta vidare perspektiv.För att närmare belysa de sociala och psykiska faktorernas betydelse för de hemlösas dödlighet och göra dessa samband mer omedelbart förståeliga, måste enskilda fall närmare studeras.

Sammanfattning

Ett närmare studium av den sociala situationens betydelse för de hemlösas dödlighet skedde genom att data som rörde situationen t o m 1960 för de som bodde på ungkarlshotell och härbärgen i Stockholm 1960 relaterades till dödlighet 1960-70.

Det föreligger en signifikant högre dödlighet för dem som har ett alkoholmissbruk som är känt eller som föranlett åtgärder från nykterhetsvård och för dem som är vårdade på mentalsjukhus under diagnosen alkoholism. För samband mellan fylleriförseelser och dödlighet finns en signifikant skillnad mellan förekomst och ej förekomst av fylleriförseelse, medan de med extremt många fylleriförseelser inte skiljer sig från övriga med färre.

En signifikant skillnad i dödlighet finns mellan förekomst eller ej av dom p g a brott medan de med 3 eller fler domar inte skiljer sig från dem med 1 - 2 domar. Även när det gäller antal kalenderår 1955-60 med något boende på de undersökta enheterna finner vi att de som bott enbart 1960 har en signifikant lägre dödlighet medan de som bott 2 - 3 år resp 4 - 6 år är lika med avseende på dödlighet. För sammanlagd boendetid finns en tendens till samma mönster.

Det tycks således föreligga en gräns mellan förekomst eller ej av fylleriförseelse, dom för brott, boende något år tidigare, boendetid 1 månad eller längre medan graden av förekomst har mindre betydelse för en accentuerad överdödlighet. En möjlig tolkning av dessa data är att gränsen konstitueras av inträdet i de hemlösas delkultur, och denna gräns är således av kvalitativ och inte av kvantitativ natur.

De som bott på mer än en boendeenhet resp mer än 5 perioder har signifikant högre dödlighet. Vi finner dock ingen skillnad med avseende på om boendet var helt, delvis eller inte alls på natthärbärge eller om boende på Höglids vårdhem förekommit eller ej.

Det föreligger en signifikant högre dödlighet för dem som någon gång fått socialhjälp men till skillnad från flertalet övriga data även en signifikant högre dödlighet för dem med många års socialhjälp än för dem med färre år. En av orsakerna till att antal år med socialhjälp skiljer sig från övriga data kan vara att den variabeln har samband med förekomst av sjukdom men också att långvarigt socialhjälpsberoende kan ses som en indikator på olikartade, svåra sociala situationer som sammanhänger med t ex alkoholmissbruk och frånvaro av arbete och bostad. Vi finner även att de ogifta har signifikant lägre dödlighet än de som varit gifta.

Kapitel 10

ETT FÖRSÖK ATT GÖRA DE HEMLÖSAS ÖVERDÖDLIGHET FÖRSTÅELIG MOT BAKGRUND AV DERAS SOCIALA OCH PSYKISKA SITUATION.

För För ett närmare studium av de sociala och psykiska faktorernas betydelse krävs en mer ingående kännedom om de enskilda fallen än den som vi har när det gäller 1960 års hemlösa. Vi använder därför det material som utgörs av de 165 härbärgesgäster som lottades från natthärbärgena i Stockholm 1967-69. (Betr material och metod, se appendix IV). 45 av dem är mycket väl kända (B-gruppen) genom att de bodde på Krukis, 120 (K-gruppen) är kända genom att samtliga akter från sjukvård, polis, rättsläkare, sociala myndigheter, försäkringskassa har studerats. Från 1960-års material finner vi ingen signifikant skillnad beträffande överdödlighet mellan härbärgesgäster och övriga hemlösa men om så fortfarande är fallet vid tidpunkten för utlottningen 1967-69 kan vi inte uttala oss om. K-gruppen kan anses representativ för härbärgesgästerna 1967-69 medan B-gruppens situation i vissa avseende påverkats av vistelsen på Krukis. Grupperna redovisas därför åtskilda. Samspelet mellan medicinska, sociala och psykiska faktorer i samband med dödsfallen är dock unikt för varje enskilt fall.

När det gäller totaldödlighet finner vi ingen väsentlig skillnad mellan de två grupperna.

Av de 165 som utlottades 1967-69 avlider t o m 1975 48 individer vilket är en avsevärt högre överdödlighet än vad som gällde 1960 års hemlösa 1960-70.

Tabell 30

Observerat (D) och förväntat (E) antal döda och överdödlighet (D/E) efter ålder för B + K-grupp resp 1960 års hemlösa

	Ålder	D	E	D/E
B + K-grupp	20-49	22	1.8	12.5
	50-59	13	3.4	3.9
	60-	13	4.0	3.2
	Totalt	48	9.1	5.3
1960-års hemlösa	20-49	211	60.0	3.5
	50-59	287	103.7	2.8
	60-	477	261.8	1.8
	Totalt	975	425.5	2.3

Överdödligheten är i synnerhet markerad för B + K-grupp upp till 50 år. Om detta kan förklaras av en förändrad selektion av härbärgesgäster eller av ökad dödlighet för de hemlösa, kan inte avgöras av dessa material.

Alkohol- och boendesituation vid dödsfall.

Alkoholmissbruk och boendesituation är två centrala faktorer för de hemlösas överdödlighet och dödsfallen indelas med avseende på alkohol som orsak samt boendesituation.

När det gäller dödsfallens relation till alkoholmissbruk skiljer vi på fyra grupper:

I) Dödsfall som är direkt relaterade till alkoholintoxikation.

II) Dödsfall som är direkt relaterade till sjukdom som är följd av alkoholmissbruk.

III) Dödsfall som är eventuellt eller indirekt relaterade till alkoholmissbruk. Till denna grupp förs de fall som befinner sig i en så svår livssituation, vari missbruk kan ingå som ett problem, att de begår självmord, samt de fall som har en allmän kraftnedsättning som följd av missbruk, som försvårar förloppet av en sjukdom. Hit förs också de fall som avlidit av skador genom yttre våld när dessa inte inträffat som en direkt följd av intoxikation.

IV) Dödsfall som ej är relaterade, eller där relationen i det enskilda fallet är mycket osäker, till alkoholmissbruk. Till denna grupp förs cancer, hjärnblödning, hjärtinfarkt o dyl.

Vid kategoriseringen är det känt vilka som hör till B- resp K-grupp vilket medför att en bias kan föreligga, som följd av en större kännedom om, och personlig relation med B-fallen. Vid kategoriseringen utgås dock endast från de data som finns för både B- och K-grupp, nämligen sjukhus-, obduktions- och rättsmedicinska journaler, polisutredningar, utredningar i samband med pensionering och social- och nykterhetsvårdsakter.

Vi finner då följande (för detaljerna i de enskilda fallen, se appendix V):

Tabell 31

Dödsfallens relation till alkoholmissbruk

		B-grupp antal	%	K-grupp antal	%
I	Dödsfall direkt relaterade till alkoholintox	2	15	11	31
II	Dödsfall direkt relaterade till sjukdom som är följd av alkoholmissbruk	1	8	8	23
III	Dödsfall eventuellt eller indirekt relaterad till alkoholmissbruk	3	23	9	26
IV	Dödsfall ej relaterade till alkoholmissbruk	6	46	6	17
		12		34	
	Uppgift saknas	1	8	1	3
Totalt		13	100	35	100

Vi ser att en tredjedel av K-fallen avlidit som följd av alkoholintoxikation och 54% som direkt följd av alkoholmissbruk. Endast 17% av dödsfallen har primärt medicinska-biologiska orsaker.

Boendesituationen för hemlösa har förändrats i flera avseenden mellan 1967-69 och 1975. Härbärgen och slumbetonade ungkarlshotell har fått allt färre platser medan de stora hotellhemmen ökat och i synnerhet har tillgången på lägenheter ökat, så att även många hemlösa fått en egen lägenhet. Man skulle då kunna förvänta sig att denna förändring avspeglar sig i boendesituationen för dem som avlidit.

Observationsår 1 - 4 sträcker sig för flertalet fram t o m 1971-72. De stora boendeförändringarna för hemlösa slog igenom åren som följde.

Tabell 32

Boendesituation vid dödsfall

	B-gruppen Obs-år 1-4	5-8	samtl	%	K-gruppen Obs-år 1-4	5-8	samtl	%
Härbärge/ungkarls-hotell	-	-	-	-	8	4	12	34
Uteliggare	1	1	2	15	2	2	4	11
Institution, vård-, inackord-, eller behandlingshem	3	3	6	46	4	5	9	26
Lägenhet	2	2	4	31	1	7	8	23
Okänt	-	1	1	8	2	-	2	6
Totalt	6	7	13	100	17	18	35	100

Vi ser att det i K-gruppen är förhållandevis många som avlider på härbärge och ungkarlshotell under första delen av observationsperioden och i lägenhet under den senare delen. För B-gruppen märks ingen sådan förändring.

För en närmare beskrivning av samspelet mellan de sociala, medicinska och psykiska faktorerna i samband med dödsfallen kategoriseras dödsfallen med avseende på boendeform och dödsorsakernas relation till missbruk. För ett fall i B-gruppen och 2 i K-gruppen saknas uppgifter.

Tabell 33

Boendeform och dödsorsakernas relation till alkoholmissbruk (grupp I-IV)

Boendeform		Alkoholmissbruk som dödsorsak, grupp I		II		III		IV		totalt	
		B	K	B	K	B	K	B	K	B	K
Härbärge-ungkarlshotell	B	-		-		-		-		0	
	K		7		2		1		2		12
Uteliggare	B	1		-		1		-		2	
	K		-		1		3		-		4
Institution	B	-		1		2		3		6	
	K		2		2		2		3		9
Lägenhet	B	1		-		-		3		4	
	K		2		3		2		1		8
Totalt med boendeuppgift	B	2		1		3		6		12	
	K		11		8		8		6		33

Vi utgår från boendeform och studerar omständigheter i samband med dödsfallen för de resp grupperna I-IV.

Boende på härbärgen och ungkarlshotell.

Ingen i B-gruppen och 1/3 av K-gruppens dödsfall har inträffat under dessa boendeförhållanden. 7 av dessa 12 K-fall har dött av tillstånd direkt relaterade till alkoholintoxikation (grupp I). Det är alltså många som ligger på ungkarlshotell och härbärgen och super ihjäl sig. Ett karakteristiskt drag för denna boendeform är frånvaron av tillsyn, från andra som bor där eller från personal.

Ex K 53

Bor i ett 8-mannarum. Är bara 42 år gammal, men har redan i åtskilliga år gått på driven i Stockholm, åkt ut och in på anstalter, massivt alkoholiserad. Har övervakning från nykterhetsnämnden, men där saknas varje form

av planering. Han pendlar mellan natthärbärgen, ungkarlshotell, sjukhus och anstalter. Han har nu inte setts till på 3 månader av nykterhetsvårdsakten att döma. Vaktmästaren på ungkarlshotellet säger att W. supit hårt en längre tid och var kraftigt berusad kvällen innan han dog. Hans rumskamrater i 8-mannarummet hade märkt att han var uppe och rörde sig tidigt på morgonen. Man upptäckte honom klockan 2 på eftermiddagen då han fortfarande låg kvar i samma ställning som på morgonen. Man upptäckte då att han var död, ansiktet var nerpressat i kudden, 3,5 promille alkohol i blodet och en total fettomvandling av levern. Det är ganska troligt att han hade överlevt om någon tänkt på att ruska om honom på morgonen och kanske fått honom att ändra kroppsställning eller, om han inte alls kunnat vakna, fått honom under medicinsk vård och avgiftning.

Ex K 45

I en lägenhet pågår en liten fest och framåt kvällen kommer E. Han bor på härbärget Täppan strax intill. Han har med sig sprit och lite olika "soppor". Alla är efter en stund berusade och E somnar som han brukar göra när han är berusad. På morgonen efter när det övriga sällskapet börjar vakna till, sitter E. fortfarande kvar vid bordet, död. Han har fortfarande handskarna på sig, vilket förklaras enligt polisen bero på "att han för de andra ville visa att han har haft råd att köpa sig ett par sådana, i de kretsar mannen rör sig innebär nämligen innehav av handskar en form av lyx". E. har 4.1 promille alkohol i blodet och dessutom levercirrhos.

Ex K 35

H. har varit hemlös och aktuell vid specialbyrån för bostadslösa män i åtskilliga år. 53 år gammal, förtidspensionerad och socialbyrån för bostadslösa har hållit i pensionen i flera år och portionerat ut den i små omgångar. Han har nu fått ett rum på ett hotellhem,

verkar enligt rapporterna sköta sig bra, och avskrivs då från socialbyrån. Får hand om hela sin pension själv. På eftermiddagen var H. kraftigt berusad. En bekant till honom kokade kaffe och de drack lite tillsammans. H. var så berusad att vännen fick lägga honom på sängen. H. bad att få ett glas brännvin stående på nattduksbordet innan bekantingen gick, vilket han också fick. H. råkade stöta till glaset som tillsammans med en del andra grejor åkte i golvet. På morgonen är H. död. Han har en mängd alkoholskador, t ex en hjärtmuskelinflammation som i samband med den starka berusningen orsakar döden.

I två fall är dödsfallen direkt relaterade till sjukdom som följd av missbruk (grupp II). Man finner dem döda i sina sängar, den ene har efter mångårigt alkoholmissbruk fått epilepsi och har avlidit i samband med ett epileptiskt anfall, den andre har avlidit i leverkoma som följd av levercirrhos.

Det är inte enbart de som har dött av alkoholförgiftning på natthärbärgen och ungkarlshotell som gått under p g a frånvaron av adekvat hjälp och tillsyn. Emellanåt inträffar sjukdomsfall som endast är indirekt relaterade till alkoholmissbruk (grupp III) och som kan leda till döden p g a frånvaron av tillsyn eller att personalen inte har möjlighet att rätt bedöma karaktären av sjukdomsfallen. Ett K-fall hör till denna grupp.

Ex K 24

R. hade varit på sjukhuset på dagen där han hade behandlats för bensår. Eftersom han inte hade någonstans att bo blev han hänvisad till natthärbärge, där han fick rum. Rumskamraten bad efter en stund att få flytta ut, beroende på att han tyckte att "R:s andhämtning lät konstig". Vaktmästaren gick och lyssnade och konstaterade att R. andades konstigt. På natten gick vaktmästaren dit flera gånger och konstaterade att R. andades oregelbundet och hade någonting som liknade kramper. På morgonen kostaterade samme vaktmästare att R. var död.

Förutom att R. hade skrumplever och fettlever hade han fått en lunginflammation som snabbt ledde till döden. Dödsfallet är indirekt relaterat till missbruket genom det nedsatta allmäntillståndet. R. var 56 år gammal.

Uteliggare

Uteliggarnas situation är likartad härbärgesgästernas, många av dem pendlar ut och in på institutioner och däribland även härbärgen. Två i B-gruppen och 4 i K-gruppen var uteliggare när de dog. En dör av alkoholförgiftning, (grupp I).

Ex B 94

Är 34 år när han dör, 1971. Var en av de svåraste vi hade att arbeta med på Krukis. Sedan 20-årsåldern hade A. vandrat mellan psykiatriska sjukhus, torkar och kroppssjukhus. Hade genomgått ett dussin större operationer för skiftande sjukdomar. Blev ständigt skadad, bröt benen, fick hjärnskaking o s v. Under tremånadersperioden före Krukisvistelsen fördes han i ambulans akut till sjukhus ett 30-tal gånger. Hade epilepsi efter ett olycksfall. Drack enormt mycket när han var ute från sjukhus. Hade flera gånger gjort suicidförsök, ett par gånger varit nära att dö. "Dricker med livet som insats". Han bodde ett knappt år 1968-69 på behandlingshemmet och vissa förbättringar blev det för honom. I början hade han epileptiska anfall nästan dagligen, men så småningom lärde vi oss att skilja mellan de anfall som verkligen var epileptiska och de som var hysteriska. Det gick förvånansvärt lätt att göra honom själv medveten om skillnaden och efter en tid kvarstod endast de epileptiska, som var ganska sporadiska. Han hade också börjat finna sig i att han måste på alkoholistanstalt emellanåt, eftersom hans missbruk periodvis var så kraftigt. Så småningom gick han allt oftare på arbete de tider han var ute från anstalt. Krukistiden får ett snabbt slut när han träffar sin "hjälpare", en kvinna som arbetar på en annan institution. De har av en tillfällighet sammanträffat, känner inte varandra, men hon

tycker att det måste finnas mycket mer att göra för honom. A. flyttar från Krukis, men när planerna och kontakten rinner ut i sanden blir han helt bostadslös och behandlingsarbetet på Krukis går inte att återuppta.

Är på tillfälligt besök i en lägenhet som tillhör en hemlös man som A. ofta brukar dricka tillsammans med. A. blir ensam där ett par dagar och när vännen återkommer är A. död i alkoholförgiftning och möjligen har han också haft ett epileptiskt anfall.

En av uteliggarna dör till följd av sjukdom som är relaterad till missbruk (grupp II).

Ex K 116

Har Har p g.a ett svårt missbruk fått epilepsi, som blivit allt svårare med åren. Vill inte ta medicin mot epilepsin eftersom han känner sig sömnig av medicinen. Brukar i allmänhet bo på natthärbärgen. Har en tid haft arbete på en skyddad verkstad men man har nu semesterstängt. Har just innan han dör skaffat sig ett tält som han har satt upp i skogen. Det är sommar och han har tydligen tänkt sig att bo där. Han hittas död, hängande i ett gammalt taggtrådsstängsel. Kroppen är kraftigt omvandlad. Han var alkoholpåverkad när han dog och hade fått ett epileptiskt anfall just när han skulle ta sig fram över taggtrådsstängslet, fastnar och avlider på så sätt.

Tre av de 4 uteliggarna i K-gruppen och en i B-gruppen har dött av orsaker som mer indirekt varit relaterade till missbruk, (grupp III). En blir dräpt.

Ex B 61

Man hittar honom misshandlad till döds i en trappuppgång. Han var då 39 år. Var de senaste åren helt bostadslös och förkommen, tidvis homosexuellt prostituerad. Gått igenom hela raden av anstalter från ungdomsfängelse till mentalsjukhus. Var försökspermitterad från en alkoholistanstalt där han tvångsintagits. När han blev ihjälslagen var han bara lätt berusad.

Två av uteliggarna tar livet av sig.

Ex K 32

Halv sju på morgonen hittar man C. vid sjukhuslaboratoriet medvetslös, och han avlider strax därefter. Man vet inte hur han har kommit in men troligtvis har han smugit sig in på kvällen och stannat i laboratoriet över natten. En mängd kemikalieflaskor är öppnade, och C. nar troligtvis druckit 10%-ig natronlut och isättika. Han var 44 år gammal.

Ex K 26

Han har i åratal varit uteliggare, har ofta hittats av uppsökande verksamheten i ett bedrövligt tillstånd. Inte velat bo på härbärgen eller ungkarlshotell. Skickas in på anstalt för alkoholmissbrukare. Får efter ett par månader en tillfällig permission på 1 vecka, permissionen ska förlängas om han skaffar bostad, arbete och sköter sig under denna vecka. Annars måste han tillbaka till anstalten. Han skaffar ett inneboenderum direkt när han kommer till Stockholm, är enligt hyresvärdinnan alkoholpåverkad de få tillfällen hon ser honom. Han ar inte hemma på nätterna. Han verkar deprimerad tyckte hon. Han är inte heller hemma i sitt rum den natt han tar livet av sig. Han ligger i en trappuppgång i Stockholm. Tidningsbudet som halv fyra på morgonen ska dela ut tidningar i trappan hör, när han kommer in från gatan, ett högljutt jämmer. Han vågar inte gå in utan går därifrån. Fem minuter senare hoppar A. från tredje våningen ner på bakgården och avlider omedelbart. Han var endast obetydligt alkoholpåverkad, 47 år gammal när han dör. Han har varit på tillfällig permission från anstalten i 3 dagar när han tar livet av sig och när försöksveckan har gått har det inte kommit några anmärkningar beträffande hans nykterhet, han är ju död. Då blir han försökspermitterad från anstalten. Detta belyser, på ett drastiskt vis, den enorma distans som råder mellan mannens faktiska livssituation och anstaltens bild av situationen. Denna distans måste ofrånkomligen uppstå p g a vårdens organisation.

Av de 16 män i K-gruppen som dör när de bor på härbärge, ungkarlshotell eller som uteliggare, avlider 2 av orsaker som kan anses primärt medicinska, 1 i cancer och 1 i hjärtinfarkt (grupp IV), medan övriga 14 dör av tillstånd som primärt är socialt eller psykologiskt betingade. Det karakteristiska för dessa män är extrem utslagenhet och utstötthet från samhället och frånvaro av adekvata livsmiljöer och organiserad vård. Sjukvården är mycket perifer i samband med dödsfallen. Av de 16 har 4 kontakt med sjukhuset omedelbart innan de avlider, 2 av dessa dör samma dag som de kommer in på sjukhuset. 8 finner man döda på ungkarlshotell och härbärgen, 4 hittar man döda ute.

14 av de 16 i K-gruppen som dör på härbärgen och ungkarlshotell eller som uteliggare, dör således mycket beroende på vanvård eller frånvaro av vård överhuvudtaget.

Boende på institution.

Om vi då ser på dem som har avlidit medan de varit under någon form av vård på institution, borde vi kunna vänta oss att finna en inte fullt så mörk bild. De institutioner som i dessa 9 K-fall och 6 B-fall har varit aktuella är inackorderingshem, pensionärshem, Västberga Gård, Skarpnäcksgården och Krukis. Till denna grupp för vi också 1 person som stadigvarande bott på AMS-anläggning.

Av dessa är det 2 K-fall som dör som en direkt följd av alkoholintoxikation (grupp I).

Ex K 23

Bott på ett inackorderingshem i 1 år, börjat dricka för mycket den senaste tiden och läggs in för avgiftning, men missköter sig också där och blir avstängd en vecka från inackorderingshemmet. Man tänker sig att han ska komma tillbaka och vilja sköta sig bättre därefter. Hittas kraftigt alkoholpåverkad, drunknad.

Ex K 101

Bor i en försökslägenhet i ett pensionärshem. Har i många år haft sin pension utportionerad varje vecka genom specialbyrån, men avskrives när han flyttar in på

pensionärshemmet och får då ta hand om hela sin pension själv. Ska skötas av distriktsbyrån. Föreståndarinnan klagar, hon tycker inte att han klarar lägenheten. Ett par månader senare är Å. på kalas hos en bekant i närheten, är redlöst berusad, faller när han ska gå nerför trappan och dör av skallskadorna.

Vi ser att dessa två män inte avlidit av enbart intoxikationen utan skador som uppkommer p g a denna. De skiljer sig således från härbärges- och ungkarlshotellsfallen som ofta dör av en alkoholförgiftning.

I 2 K-fall har uppkommit leverskador som leder till döden, (grupp II). En i B-gruppen (B 95, 60 år gammal) avlider i samband med ett epileptiskt anfall som hans alkoholskadade hjärta inte klarar. I inget av dessa fall förelåg någon påtaglig vanvård.

I 2 andra K-fall och 2 B-fall har alkoholmissbruket en något mer indirekt betydelse för dödsfallen (grupp III). Två tar livet av sig.

Ex K 105

40-årig man som bor på ett inackorderingshem. Har understrukits att han måste försöka komma igång att arbeta på skyddad verkstad, men har satsat mycket, hoppats mycket och understryker starkt att han håller på att misslyckas. Tre dagar efter beslut om återintagning med tvång på alkoholistanstalt tar han livet av sig med tabletter. Missbruket är givetvis ett stort problem för denne man, men möjligen är problemet ännu större för honom att assistenten på nykterhetsvårdsbyrån är så utomordentligt starkt moraliserande, har så starka förväntningar, ger uttryck för sin besvikelse, att situationen nu är hopplös, o s v. Det är bl a under detta tryck som mannen tar livet av sig.

Ex B 82

Var en kort tid på Krukis, efter att nyligen blivit utsläppt från tvångsvård på alkoholistanstalt. Tillbringat nästan lika lång tid på sjukhus, fängelse och anstalter som utanför av sitt liv. Föräldralös sedan

ett par års ålder efter att fadern tog livet av sig själv och sin hustru. Ett par av barnen skadades men S. undkom utan skador. Fick sen en svår sjukdom och vistades stor del av sin uppväxt på sjukhus. Har i vuxen ålder snabbt blivit mycket avancerad alkoholmissbrukare och även missbrukat narkotika. Under vistelsen på Krukis aktualiserades många bortträngda krav och önskningar. Han är medveten om att konflikterna finns men hans anpassning både till yttervärlden och till hans egna motstridiga önskningar är så ytlig att han inte kan bearbeta det som händer. Han kommer från konflikterna med hjälp av alkohol och narkotika och vi kan inta hjälpa honom. Bor i en landsortsstad på ett inackorderingshem, missbruket har avtagit väsentligt. Tar livet av sig med tabletter, 40 år gammal.

Två av dem som bor på institution blir överkörda.

Ex K 59

En man som ständigt är något berusad. Han får mycket starkt stöd från en psykiatrisk klinik och en socialbyrå i den landsortsstad där han bor. Har ganska nyligen kommit ut från en nykterhetsvårdsanstalt när han cyklar ut mitt framför ett tåg och omedelbart dödas.

Ex B 51

Har alltid för vana att gå rakt ut i gatan utan att se sig för och har under de år han varit kontakt med Krukis-verksamheten ständigt spelat denna ryska roulette. De senaste åren har hans tidigare emellanåt maniska beteende pendlat över i nedstämdhet. Super ofta ner sig. För några dagar sedan kommit ut från alkoholistanstalt. Går mitt i eftermiddagsrusningen rakt ut i trafiken på en hårt trafikerad gata mitt i Stockholm, mot rött ljus. Blir överkörd och omedelbart dödad av en tung lastbil. Han var något alkoholpåverkad vid olyckan, men denna olycka måste ofrånkomligen inträffa förr eller senare. Vi hade sett honom många gånger tidigare i likartade situationer, då han dock klarat sig. Om han varit helt

nykter skulle han möjligen ha passat sig en aning bättre, men det är inte säkert. Relationen till missbruket är osäker och indirekt.

I tre av K-fallen och tre av B-fallen, som bor på institution, är dödsorsakerna ej relaterade till missbruk (grupp IV). Tre dör i cancer, en i hjärnblödning, en i subduralblödning och en i hjärtinfarkt. I inget av dessa fall förekom vanvård.

Ex B 74

En 72-årig man, bor på ett av Krukis´annex. Slår i huvudet när han trillar i en trappa, var då inte berusad. Får ett par veckor senare subduralhämatom och avlider efter operationen. Den kärlskörhet som är bakgrunden till denna blödning uppstår ofta hos alkoholmissbrukare. Hans höga ålder kan dock anses vara den avgörande faktorn.

Man kan av detta material dra slutsatsen att det för 6 av de 9 K-fall och 3 av de 6 B-fall som dör medan de vistas på institutioner, ligger sociala och psykiska faktorer som grund till dödsfallen. Dock finns i denna grupp inget fall av så uppenbar vanvård, som är karakteristisk för flertalet av de fall som dör på ungkarlshotell och härbärgen eller som uteliggare. I flertalet fall har gjorts avsevärda ansträngningar från institutionernas sida, på olika sätt har man uppenbarligen försökt att närma sig problemen. Man har åtminstone noterat och försökt att göra någonting, även om det som har blivit gjort inte alltid ledde till det man hoppades. I flera av dessa fall, som har avlidit på institutioner, har dock öppenvårdens nykterhetsvård verkat spela en destruktiv roll. Man har t ex inte lyssnat på varningar från institutionspersonal, alltför moraliserande understrukit att man anser att klienten misslyckats och ibland helt enkelt inte tagit någon nämnvärd notis om hur situationen egentligen är.

Lägenhetsboende.

Om vi kunde förvänta oss att situationen för dem inom institutionsvården inte visade en fullt så mörk bild som för dem på härbärgen, ungkarlshotell och för uteliggare, så kan vi dock vänta oss att de som bor i lägenhet i många fall ska ha gått under p g a missbruk och vanvård. 4 i B-gruppen och 8 i K-gruppen har dött när de hade lägenhet. 3 K-fall och 1 B-fall dör av alkoholförgiftning (grupp I).

Ex K 13

Har haft lägenhethet sedan 1968, ständigt cirklat mellan alkoholistanstalter, Mariapolikliniken, Långbro sjukhus, Hamra övergångshem, hela tiden aktuell på nykterhetsnämnden. Kom ut från anstalt så sent som 1 månad innan han avled. Grannarna hade märkt att han var svår alkoholmissbrukare, att han hade stora kontaktproblem och verkade känna sig mycket ensam. Ligger död i sin lägenhet hela sommaren och när lägenheten öppnas p g a den starka liklukten finner man lägenheten i god ordning, men väldigt många vin- och spritflaskor och burkar med sömnmedel och lugnande medel. Har sannolikt avlidit i alkohol- och tablettintoxikation, 45 år gammal.

Ex K 52

Har i många år pendlat ut och in från alkoholistanstalt och har i perioderna mellan anstaltsvistelserna vistats på inackorderingshem, vårdhem, sjukhus och härbärgen. Har under senare år frivilligt gått in på alkoholistanstalterna. Så skedde också när han efter att ha varit utskriven i 2 veckor återvänder på eget initiativ till anstalten. Han skriver dock ut sig efter 6 dagar. "Med hänsyn till att patienten återvänt frivilligt till anstalten har han efter hand känt ett negativt tryck från kamraternas sida. F. anser sig inte längre kunna vara inskriven här". Han utskrivs, har fått förtidspension och har en lägenhet ordnad. Dyker 1 månad senare upp på socialbyrån och verkar då vara i god form, avskrivs från byrån och ska nu sköta pensionspengarna själv.

2 månader senare kommer klagomål från en granne. I utredningen nämns att hyresvärden ska återkomma om en lägesförändring ur nykterhetssynpunkt inträffar. Någon personlig kontakt med F. hade man då inte. Förnyade klagomål av grannen p g a störande beteende. 1 1/2 månad förflyter innan man gör hembesök. "F. var inte hemma (öppnade i allafall inte)." Grannen har "ringt upp några gånger och ondgjort sig över F. så man kan förmoda att hon hör av sig om någon förbättring ej inträffar." Tre veckor senare hör grannarna av sig igen, tycker att det är underligt att man inte har sett F. på nästan 3 månader och dessutom luktar det konstigt i trappuppgången. Man finner honom avliden, kraftigt förruttnad, bostaden belamrad med öl och spritflaskor. Kommenteras i nykterhetsnämndjournalen: "Vid hembesöket ringde undertecknad på F:s dörr. Vi märkte inte då någon stank från lägenheten." Dör av alkoholförgiftning och levercirrhos. Från att tidigare ofta vistats på stora vårdinstitutioner och haft social- och nykterhetsvården engagerad i sin situation, blir han nu lämnad helt ensam. De enda som tycks ha brytt sig om honom är de grannar som har uppmärksammat hans svåra belägenhet och gjort sig mödan att klaga på honom. Bokstavligen får han ligga och ruttna i sin lägenhet. Han är då 51 år gammal.

Ex B 58

En 65-årig man som hade kontakt med Krukis från 1968 till sin död 1972. Bodde i en lägenhet och arbetade i verkstaden på Krukis. Vaknade ofta mitt i natten, och kunde inte somna om. Vandrade då till Krukis, en timmes promenad och började jobba vid 3-4-tiden på morgonen. Var ibland ganska nersupen, fick då ligga på avgiftning på behandlingshemmet. Det hankade sig dock fram och han drack ganska mycket av och till men aldrig så att han behövde in på anstalt. Stillsam, blid och vänlig, och i grunden deprimerad, skuldtyngd och ångestfylld. Hade innan han fick lägenheten bott på ett annex men stod inte

ut med att ha folk omkring sig. Råkar ut för en skada så att han under en period inte kan arbeta. Missbruket tilltar då snabbt och han dör av metanolförgiftning och leverskada.

I 3 K-fall har alkoholmissbruk lett till sjukdomstillstånd som leder till döden (grupp II).

Ex K 80

På hösten 1969 konstaterar man på nykterhetsnämnden att P. har tecken på kraftigt alkoholmissbruk. Han bor på natthärbärgen, inackorderingshem och hos gamla bekanta. I oktober samma höst får han en bostad genom bostadsförmedlingen, får socialhjälp ett par gånger men sedan händer ingenting förrän 3/4 år senare då han återigen vill ha hjälp, lite socialhjälp. Vid ett hembesök är det en annan man som öppnar, han har bott i lägenheten ända sedan P. flyttade dit. P. har dött för ett par veckor sedan. Dog i subduralhematom, som uppstått efter ett slag mot huvudet. Han hade dessutom den dagen druckit 90 cl starksprit. Han är 48 år när han dör.

Ex K 106

62-årig man som mycket lång tid hört till anstaltsvården, åkt ut och in på olika ställen. Har ofta varit tvångsintagen. Fick lägenhet 1971 och det tog någon månad innan klagomålen droppade in. Det var ofta mycket liv och fylla och många som bodde hos L. Sedan följer ett par års styvt arbete för nykterhetsvårdsbyrån att skicka L. ut och in på alkoholistanstalter och att reda ut klagomål som kommer från grannar. De får in L. på sjukhus när han blir alltmer kroppsligt medtagen och informerar mängder av inblandade myndighetsinstanser om läget och vidtagna åtgärder. Mindre än 2 år förflyter innan L. kommer in på sjukhus för en sista gång, är då allvarligt vräkningshotad från sin lägenhet. Får delirium tremens och förblöder av oesofagusvaricier, som är en följd av en avancerad levercirrhos.

Ex K 39

44-årig man som har en lägenhet sedan 1968. Lägenheten är liten och omodern. Han lever där i total misär, hämtas av assistent från nykterhets- eller socialbyrå till sjukhus eller alkoholistanstalter. Han får den tid han är borta från lägenheten hjälp med uppröjning. Lägenheten är ofta helt nerkladdad och golvet är fullt av intrampad avföring. När han är borta blir lägenheten åtskilliga gånger uppbruten av gamla bekanta, när han bor i lägenheten pågår ett ständigt omfattande alkoholmissbruk, han är ständigt uppsökt av andra hemlösa. Lägenheten blir återigen totalt förfallen och social- och nykterhetsvårdsassistenterna ingriper ånyo för upprensning. Efter 3 1/2 år i denna misär kommer han slutligen en sista gång in på sjukhus, är helt uttröttad och orkar inte svara på frågor, blödande magkatarr och med delirium tremens i uppseglande. Dör efter ett par dagar i levercoma som följd av sin totala levercirrhos.

I 2 K-fall har dödsfallen mer indirekt relation till missbruket (grupp III).

Ex K 10

62-årig man som har bott på natthärbärgen och anstalter i många år, får tuberkulos och vistas på sjukhus p g a detta. Avskrives helt från nykterhetsvården efter ett par månader. Ett halvår senare anmäler hans läkare honom till nykterhetsnämnden. Han har druckit sig kraftigt berusad på sjukhuset och i detta tillstånd gått och trillat och brutit lårbenshalsen. Med hänsyn till att han ligger till sängs kan man dock avvakta med åtgärder. Några månader senare noterar man i nykterhetsvårdsakten att det inte föreligger några nykterhetsanmärkningar "av helt förklarliga skäl, när R. endast kan förflytta sig med hjälp av stödbockar." Man tror att han nog blir placerad på en långtidsvårdsavdelning och avskriver honom därför under motivering att han undergår sjukhusvård. Ett par månader senare kommer han upp på byrån, har då

permission från sjukhuset och har skrivit kontrakt på en lägenhet som han ett par dagar senare ska flytta in i. Beviljas hjälp till utrustning av lägenheten. På närmare 2 månader efter detta tillfälle finns ingen anteckning. Kuratorn från sjukhuset ringer då och meddelar att en hemvårdsassistent har varit hemma och tittat på lägenheten. R. har brutit benet 2 gånger på 1 1/2 månad, i lägenheten finns inga möbler, han ligger i gamla trasor och lär vara oerhört smutsig. Kuratorn säger att R. nog kommer att vräkas och att man ska undersöka möjligheterna för honom att komma till ett ålderdomshem, vilket han tidigare dock ej har velat. Därefter finns ingen anteckning i R:s akt. Ett år senare kommer han in på sjukhus med en mycket ful infektion vid den benspik som han fått i samband med frakturen på lårbenshalsen. I journalen står att han de sista månaderna mestadels har varit sängliggande och levt på konserver och sprit. Spiken tas bort vilket leder till komplikationer, som leder till döden. Dessa komplikationer har samband med den fula infektionen runt spiken och hans nedsatta allmäntillstånd. Att infektionen har kunnat gå så långt och hans tillstånd blivit så dåligt är tecken på vanvård. Det är uppenbart att socialvården med lätt hjärta lät sjukvården ta hand om denne man och alltför lättvindigt släppte kontakten med honom trots att man inte hade försäkrat sig om att sjukhuskuratorns planer om placering på ålderdomshem verkligen hade gått att förverkliga.

Ex K 18

En 44-årig man som är en tung alkoholmissbrukare, har fått förtidspension för ett par år sedan, är ofta bråkig och kommer i slagsmål. Bor sedan 1 år tillbaka tillsammans med en kvinna i hennes lägenhet. Misshandlar fästmön så svårt att hon blir inlagd på sjukhus, hon är mycket illa tilltygad. Han döms till 8 månaders fängelse. När han kommer ut från fängelset fortsätter han att bo

hos fästmön. Nykterhetsnämnden har hand om pensionen och portionerar ut pengar men det blir också den enda kontakt som man lyckas att få med honom. Han drev omkring hos dryckeskamrater och var en dag med på en spritfest tillsammans med många andra personer i en lägenhet. Den man, i vars lägenhet festen pågick, och D. hade upprepade gånger under dagen varit invecklade i slagsmål med varandra.Det avgörande inträffade framåt eftermiddagen när D. fick en flaska i huvudet och föll i golvet. Misshandeln fortsatte trots att D. var medvetslös och avslutades med att han stampades med klacken rakt uppifrån och ner över ansiktet. Han låg på köksgolvet till synes livlös i en halvtimme, släpades sedan ut i trappan och knuffades förmodligen därefter ner för trappan. Han blev alltså misshandlad till döds. Alkoholmissbruket hade givetvis sin betydelse för att denna händelse inträffade, men det centrala måste ändå anses vara de levnadsbetingelser som skapar sådana extrema relationer som dessa misshandelshistorier är uttryck för.

En av de 8 i K-gruppen som dör när de bor i lägenhet dör av orsak som ej är relaterad till missbruk (grupp IV). han dör i lungcancer. 3 av de 4 B-fallen, som dör när de bor i lägenhet, har dödsorsak som ej relateras till missbruk. En dör i cancer, en i diabetes och en i epilepsi.

Vi kan konstatera att 7 av de 8 lägenhetsboende K-fallen och 1 av de 4 B-fallen, dör en död som primärt betingas av sociala och psykologiska faktorer, de dör flertalet en ond och bråd död, där det dominerande problemet är deras livssituation.

Varför dör de hemlösa?

Som vi kunnat finna i denna genomgång av dödsorsaker och omständigheter i samband med dödsfallen är det en överväldigande del av dödsfallen som sammanhänger med de hemlösas livssituation. Detta gäller 80% av K-fallen.

De medicinskt-biologiska dödsorsakerna ger i vissa fall en uttömmande förklaring till dödsfallen. De medicinska-biologiska skeendena kan visserligen förklara hur kroppsfunk-

tionerna upphör, biologiskt, fysiologiskt, kemiskt o s v, men i flertalet fall dock inte varför detta kommer att inträffa. I dessa fall förstår vi dödsfallen enbart om vi förstår hur den människan levde, tillsammans med vilka andra, i vilket samhälle.

De som avlider har, med möjligen något undantag, varit hemlösa eller i mycket nära kontakt med hemlöshetssituationen. Detta gäller oberoende av var de bor. Vi finner för såväl de lägenhetsboende som för dem som bor på andra ställen, beskrivningar av vardagssituationer som är karakteristiska för de hemlösas delkultur.

De hemlösas livssituation medför en hög dödsrisk. Döden är en bit av vardagen, eftersom så många av ens vänner och bekanta har dött. Många är klart medvetna om riskerna, "jag dricker med livet som insats" och många av de situationer som de hemlösa kommer i är snarast maskerade och ibland öppna självmordsförsök. Att ingå i de hemlösas delkultur får en dubbel innebörd med avseende på liv och död, dels kan man överleva eftersom man finner någon tillhörighet, dels är livet så utformat tillsammans med de andra hemlösa att man mycket väl riskerar att dö. Man spelar rysk roulette och låter döden få en chans. Både önskan att överleva och önskan att dö är integrerade element i de hemlösas livsform. Detta överlevnads- och förlängda självmordsförsök leder ibland till döden.

Likaväl som de hemlösas livssituation och död är en produkt av mänskliga handlingar, kultur och samhälle, står det också i mänsklig makt att förändra dessa förhållanden och att förändra den ytterligt mörka bild som framträder när vi studerar de hemlösas dödlighet. I ett långsiktligt förebyggande arbete har den medicinska vetenskapen, i strikt mening fysiologiska, biokemiska o s v, sannolikt inte så mycket ytterligare att bidraga med när det gäller att förebygga de hemlösa männens överdödlighet, och ett intensifierat sjukvårdsarbete kan troligen endast förhållandevis marginellt påverka överdödligheten.

I ett långt perspektiv torde de hemlösas överdödlighet i väsentlig grad kunna förändras genom en förändring av de förhållanden i samhället, som åstadkommer den utslagning och de sociala och psykiska nödsituationer som de hemlösa befinner sig i. I ett kort perspektiv kan åtskilligt göras för att förbättra de hemlösas livssituation så att deras överlevnadsmöjligheter ökar, och så att deras önskan att överleva väger tyngre än önskan att dö.

Socialvården har samhällsrollen att träda in när det vanliga sociala hjälp- och kontrollnätet inte fungerar och inte räcker till. Vi kan konstatera att den bild som framgår av fallbeskrivningarna av de hemlösa som har dött, ganska sällan ger någon särskilt ljus bild av socialvårdens insatser.

Sammanfattning

Ett försök görs att förstå de hemlösas överdödlighet mot bakgrund av deras sociala och psykiska situation. 1967-69 lottades från natthärbärgena i Stockholm en behandlingsgrupp (B) och en kontrollgrupp (K) för försöksverksamheten vid Krukis. B-gruppen bestod av 45 individer och K-gruppen av 120. Observationstiden är 7-8 år och sträcker sig fram t o m 1975.

Av de 165 avlider 48 under observationstiden. Överdödligheten i förhållande till Sveriges befolkning är 5.3, vilket är en avsevärt högre överdödlighet än för 1960 års hemlösa mellan 1960 och 1970 (2.3). Den stegrade överdödligheten är i synnerhet markerad i åldrar upp till 50 år (12.5 resp 3.5).

Dödsfallen kategoriseras med avseende på deras relation till alkoholmissbruk. Vid kategoriseringen är det känt vilka som hör till B resp K-grupp vilket medför att en bias kan föreligga som följd av större kännedom om, och personlig relation med B-fallen. Det framkommer att 31% av K-gruppens dödsfall är direkt relaterade till alkoholintoxikation, 23% till sjukdom som följd av alkoholmissbruk, medan 26% av dödsfallen är eventuellt eller indirekt relaterade till

alkoholmissbruk. I 17% av dödsfallen finner vi ingen relation till alkoholmissbruk utan primärt medicinska-biologiska dödsorsaker. Motsvarande andelar för B-gruppen är 15, 8, 23 och 46%.

Från 1972-73 blev lägenhetsöverskottet påtagligt i Stockholm och det är förhållandevis fler i K-gruppen som avlider på härbärge, ungkarlshotell och som uteliggare under observationsår 1 - 4 och i lägenhet år 5 - 8.

De avlidna indelas med avseende på boendeform och dödsorsakernas relation till alkoholmissbruk. I 33 K-fall och 12 B-fall finns fullständiga uppgifter och ett stort antal fallstudier presenteras för att belysa samband mellan dödlighet och sociala och psykiska faktorer.

Av 16 i K-gruppen och 2 i B-gruppen som avlider när de bor på härbärge, ungkarlshotell eller som uteliggare, avlider 14 i K-gruppen och de 2 i B-gruppen av tillstånd som är nära förbundna med individernas sociala eller psykiska situation. Av de boende på institution ligger sociala eller psykiska faktorer som grund för 6 av de 9 K-fallen och för 3 av de 6 B-fallen. Det finns dock i denna grupp inget fall av så uppenbar vanvård, som är karakteristisk för flertalet av de fall som dött på ungkarlshotell, härbärgen eller som uteliggare.

8 K-fall och 4 B-fall avlider boende i egen lägenhet. 7 av K-fallen och 1 av B-fallen dör en död som primärt betingas av sociala och psykiska faktorer, och flertalet av dem dör en ond och bråd död där det dominerande problemet är deras livssituation.

80% av dödsfallen i K-gruppen och 50% i B-gruppen kan anses primärt socialt eller psykiskt betingade och nära sammanhängande med de hemlösas livssituation.

I ett långsiktigt förebyggande arbete har den medicinska vetenskapen, i strikt mening fysiologiska, biokemiska o s v sannolikt inte så mycket ytterligare att bidraga med när

det gäller att förebygga de hemlösas överdödlighet och ett intensifierat sjukvårdsarbete kan troligen endast förhållandevis marginellt påverka överdödligheten.

I ett långt perspektiv torde de hemlösas överdödlighet i väsentlig grad kunna förändras endast genom en förändring av de förhållanden i samhället som är verksamma vid den utslagning och de sociala och psykiska nödsituationer som de hemlösa befinner sig i. I ett kort perspektiv kan åtskilligt göras som torde kunna ha en viss betydelse, t ex mer adekvata boendeformer, och förbättrad socialvård.

DEL IV

DET SOCIALMEDICINSKA UTREDNINGS- OCH BEHANDLINGSHEMMET VID KRUKMAKARGATAN OCH DESS ANNEX ("KRUKIS") - ETT BEHANDLINGSEXPERIMENT MED HEMLÖSA I STOCKHOLM - RESULTATMÄTNING OCH NÅGRA FÖRLOPP.

Kaptiel 11

BAKGRUND OCH DESIGN

Det socialmedicinska utrednings- och behandlingshemmet vid Krukmakargatan startade 1967 som en försöksverksamhet för de hemlösa männen på natthärbärgena i Stockholm.[1]

Utgångspunkten (som närmare ska beröras nedan) var att kartlägga gruppen och försöka arbeta fram synsätt för att bättre förstå och metoder för att förbättra de hemlösas livssituation. Vid behandlingshemmet fanns 20 platser och frågan var vilka som skulle erbjudas dessa. Genom ett par års praktiskt arbete på natthärbärge och en pilotstudie av en liten representativ härbärgesgrupp visste vi att praktiskt taget samtliga härbärgesgäster befann sig i en extremt svår nödsituation och var i stort behov av, och också frågade efter hjälp. Rekommendationerna från fältarbetare beträffande vilken grupp som skulle erbjudas plats var helt befogade men motstridiga: Vi skulle koncentrera arbetet på de unga som ännu ej var förstörda, på de gamla fallen som annars var chanslösa, på de sjuka för det var synd om dem, på de friska som kunde komma i arbete, o s v. Vi hade ingen fastlagd behandlingsplan som skulle genomföras utan arbetet skulle utvecklas som följd av de problem vi mötte och vistelsen vid Krukis var helt frivillig. Mot bakgrund av att vi visste att alla befann sig i en svår nödsituation, att alla berättigade rekommendationer inneslöt hela gruppen samt att behandlingen skulle utgå från vars och ens situation ansåg vi det vara berättigat att erbjuda platserna till ett slumpmässigt urval härbärgesgäster (betr detaljerna angående urval, se appendix IV), vilket var en av förutsättningarna för en experimentell design för resultatmätning.

---

1) Verksamheten har kommit att kallas Krukis, en beteckning som också inkluderar verksamheten vid de annex och försökslägenheter som blev knutna till behandlingshemmet och även vårt arbete med gäster som flyttat från dessa enheter. För enkelhetens skull används denna beteckning i texten.

Den experimentella modellens tillämpbarhet.

Litteraturen om hemlösa är tämligen omfattande men rör huvudsakligen undersökninger beträffande de hemlösas karakteristika ur en mängd olika aspekter. Ett mindre antal arbeten rör uppföljning av behandlingsarbete (t ex Myerson 1956, Miller et al 1970, Mindlin 1960) varav det i inget fall använts ett slumpmässigt urval av behandlings- resp kontrollfall och i allmänhet ej heller någon form av kontrollgrupp.

Vi ska granska Krukis-uppläggningen i vilken mån den motsvarar kraven som gäller för ett experiment.

För att en experimentsituation i vårt fall ska kunna anses föreligga ska följande krav vara uppfyllda (Israel & Dahlström 1961, Börjesson 1976).

1. Försökspersonerna slumpas
2. Experimentvariabeln ska vara väl definierad
3. Man studerar kvantitativa förändringar
4. Ingen interaktion får föreligga inom grupperna

Det första kravet kan anses i viss mån tillgodosett genom att fördelning på B- resp K-grupp skedde genom lottning men det finns dock en viss felkälla genom att det vid de 22 lottningstillfällena blev olika andel B- resp K-fall (se appendix IV och avsnitt om matchning, kap 14).

Beträffande det andra kravet kan konstateras att det endast är på mycket lång distans från experimentvariabeln, som den kan framstå som väldefinierad. Krukis-systemet var öppet ur den synpunkten att ingen speciell från början bestämd behandling skulle genomgås. Det som skulle hända skulle få växa fram efterhand och även påverkas av dem som bodde på behandlingshemmet. Experimentvariabeln är sammansatt av dels en materiell realitet, ett boende i ett hus på Krukmakargatan, där det serverades mat, 100 meter till systembolag och polisstation o s v. Dels ett system av relationer, heta och svala känslor, bråk, lugna dagar, fina upplevelser och jobbiga, o s v i all oändlig variation. Den tid som var och en av B-fallen har kontakt med Krukis är också varierande (se tab 34), vilket bidrar till att experimentvariabeln är oklart definierad.

När det gäller det tredje kravet kan konstateras att det är omöjligt att kvantifiera de relevanta aspekterna av skeendet på behandlingshemmet. Kvantifiering kan enbart gälla observerbart beteende som dock grundar sig på individens handlingar som kan ha vitt skilda innebörder. Däremot kan vissa yttre objektiva kvantitativa data användas när förändringen av den sociala situationen studeras.

Det fjärde kravet har vi berört under punkt två. I behandlingsgruppen finns tidvis en intensiv interaktion. För att den experimentella designen ska vara tillämplig s skulle strängt taget var och en av de 45 i B-gruppen fått komma till var sitt Krukis. Vi hade då 45 försök med experimentvariabeln. Genom interaktionen sker en påverkan som kan ge utslag i effektvariabeln. Interaktionen kan då ha som effekt att hela gruppen blir mer homogen eller att homogena undergrupper uppstår som är skilda från varandra. Så kan t ex det stabila boendet ha medfört att de svåraste missbrukarna påverkade varandra till fortsatt missbruk medan de mer arbetsinriktade stödde varandra att komma i arbete, eller att någon i missbrukargruppen drogs med till arbetet av de arbetsinriktade o s v. Att åstadkomma en socialt orienterad interaktion och begränsa socialt destruktiv interaktion var ett karakteristiskt drag i Krukis-arbetet. Man kan säga att denna interaktion är en del av experimentvariabeln som dock då blir än mer oklart definierad eftersom det avgörande för hur det gick för en bestämd Krukisgäst kan ha varit att just en annan bestämd gäst råkade ingå i urvalet. Eftersom urvalet skedde genom lottning är det dock troligt att en liknande konstellation kunde komma även vid ett förnyat urval. Den interaktion som uppstod var inte styrd av tillfälligheter om man ser den som en följd av en redan befintlig handlingsbenägenhet hos den enskilde gästen. Experimentvariabeln kan då för var och en av de 45 B-fallen formuleras som ett medvetet program beträffande åtgärder, behandling och praktiska arrangemang för en hemlös man som befinner sig i interaktion med andra hemlösa varav en del är inlemmade i samma program.

Interaktionen i B-gruppen medför att kraven för att tillämpa den experiementella modellen inte kan anses helt uppfyllda och vi bör kanske beteckna vår design som kvasi-experimentell, d v s experimentliknande. När vi trots detta bearbetar materialet som om vi hade 45 oberoende observationer innebär det ett antagande, nämligen att interaktionen inte var avgörande för utfallet. Vi delar in de 5 observationsåren i två perioder, år 1 - 2 och år 3 - 5. Interaktionen var mer utmärkande för år 1 - 2 då samtliga under längre eller kortare tid vistades på Krukis än för år 3 - 5 då interaktionen var begränsad till ett färre antal i B-gruppen.

Att vi trots alla reservationer gör ett försök att tillämpa den experimentella modellen är det av följande skäl:

1. I våra mål för verksamheten finns en del mycket enkla och konkreta delmål, som rör de hemlösas sociala verklighet och för dessa fenomen kan det vara rimligt att tillämpa modellen även om reservationerna kvarstår för även dessa fenomen. Vi betraktar då dessa fenomen som händelser och inte som intentionella handlingar.

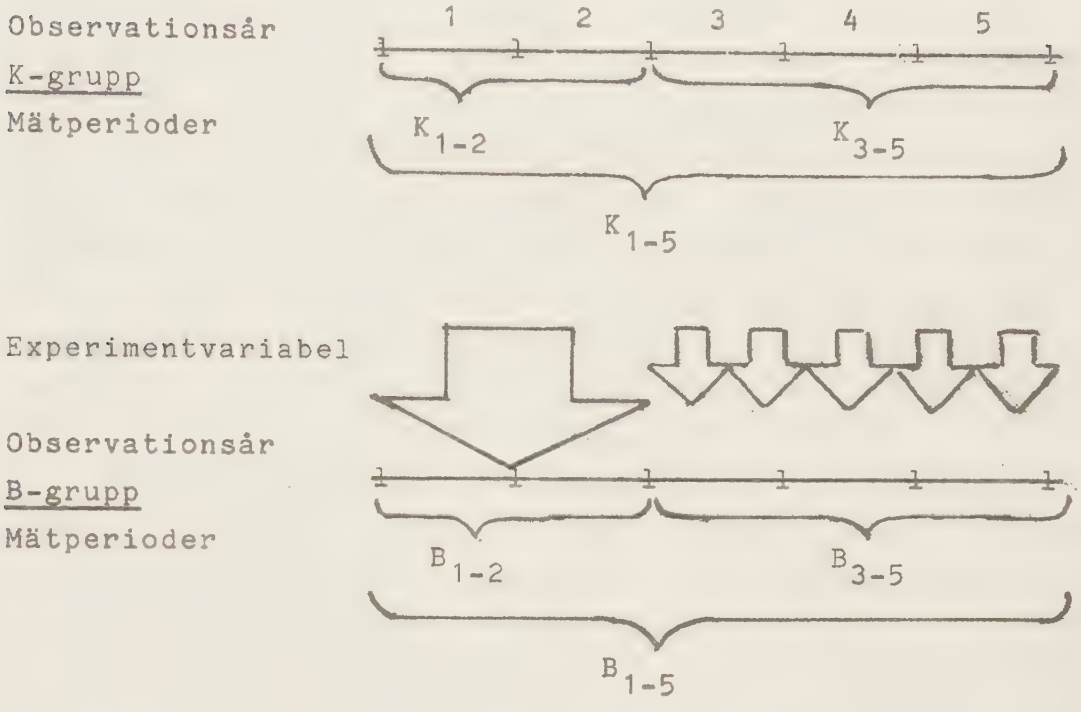
2. Vi har under tidigare år, utan att ha gjort klart för oss svårigheterna, tänkt oss tillämpa den experimentella modellen och ibland väckt förväntningar beträffande resultaten. Vi vill inte riskera att någon misstänker att vi inte vågar publicera resultaten för att de skulle vara dåliga och fullföljer därför i de avseenden som inte är helt orimliga.

Design för resultatmätning.

Design och mätperioder framgår av följande diagram.

Diagram 3

Kvasiexperimentell design.



Experimentvariabeln markeras med en stor pil för år 1 - 2 vilket avses beteckna att Krukisarbetet med B-fallen under denna period pågick som mest intensivt. Småpilarna år 3 - 5 betecknar att arbetet även då pågick men för färre individer och mer sällan så intensivt som år 1 - 2.

Beträffande jämförelse av dödlighet och dödsorsaker förlängs observationstiden t o m 1975 och redovisas för år 1-2, 3-5 och 3- t o m 1975.

Den beroende variabeln är variationen för B- resp K-gruppen beträffande olika företeelser under observationsår 1 - 2, år 3 - 5 resp år 1 - 5 och effekten är relationen mellan B- resp K-grupp under respektive observationsperiod. Skillnaden mellan B- och K-grupp undersöks med hjälp av chi-två-test och t-test (se appendix VII).

Kapitel 12

EXPERIMENTVARIABELN - KRUKIS.

Administrativa och geografiska data.

Krukisverksamheten bestod under den aktuella observationstiden 1967-73 från starten 1967 av ett behandlingshem med 20 platser och ett par försökslägenheter. 1968 och 1972 tillkom två annex med vardera 10 platser, och dessutom tillkom ytterligare ett par försökslägenheter. Personalgruppen bestod av 20 tjänster vid behandlingshemmet och 4 vid vardera annex. Eftersom annexplatserna inte räckte för att täcka behovet kom inflytting i egna lägenheter att ske snabbare än beräknat och arbetet fortsatte i allmänhet även med dessa gäster och i viss mån även med dem som åter blivit bostadslösa. När man medräknade även detta utominstitutionsarbete blev personaltätheten 0,7/vårdplats och kostnaden 102:-/vårddag under 1971 (Ahlgren et al 1973).

Behandlingshemmet var beläget i ett bostadsområde i Stockholms innerstad med ett par hundra meter till systembolaget, polisstation, pubar och restauranger. Denna geografiska belägenhet samt att behandlingshemmet var en relativt liten och relationsintensiv enhet är särdrag som skiljer behandlingshemmet från flertalet institutioner som i allmänhet är mångdubbelt större, lågintensiva och belägna på landsbygden eller isolerat utanför vanlig stadsmiljö. Annexen var belägna i närförort till Stockholm, det ena ganska isolerat, det andra direkt i anslutning till ett radhusområde.

Under i genomsnitt 20 månader av observationstidens totala 60 månader var de 45 B-fallen boende inom Krukisverksamheten.

Tabell 34

Boendetid inom Krukisverksamheten för B-gruppen under obstiden

Boendetid månader	Boendeenheter			Boendetid Totalt
	Behandlingshemmet	Annex	Försökslägenhet	
- 3	8	2		1
3 - 6	4	3		3
6 - 12	19	5	1	14
12 - 24	14	4	3	14
24 - 48		3	1	7
48 - 60		4		6
Totalt	45	21	5	45
$\bar{x}$ månader	9.2	20.3	16.3	20.5

Huvuddelen av boendetiden inträffar under obs-år 1-2 men 15 individer bodde även under år 3-5, varav flertalet på annex. Förutom med dessa 15 som bodde även under år 3-5, har vi regelbunden kontakt med 8 individer genom t ex hembesök ofta varje vecka.

Allmän formulering av mål och arbetsmetoder.

Krukisarbetets bakgrund, mål och utformning är utförligt beskrivet i "Hemlösa män i Stockholm" (Norman & Schulze 1970) och i "Arbetsformer vid det socialmedicinska utrednings- och behandlingshemmet 'Krukis' och dess annex" (Ahlgren et al 1973). I detta sammanhang ska dock ges en beskrivning som bakgrund till valet av effektkriterier och som belysning av i vilken mån dessa kriterier utesluter väsentliga aspekter av Krukisarbetet. Denna beskrivning sker med hjälp av citat ur ovannämnda rapporter.

Den allmänna bakgrunden var "att man funnit att natthärbärgena blivit ett kroniskt provisorium och att natthärbärgenas målsättning var svår att försvara med hänsyn till att natthärbärgena inte bara tillfälligt utan mera regelbundet och ofta under långa tider fick vara den livsmiljö som de svåraste fallen inom gruppen hemlösa män var hänvisade till." (Norman & Schulze 1970 s 21).

"De hemlösa män som kommer till natthärbärgena cirkulerar mellan flera olika institutioner som uppenbarligen är ineffektiva när det gäller att eliminera hemlösheten." (ibid s 303).

Det allmänna syftet beskrivs som "att på ett mindre undersöknings- och behandlingshem utföra en ingående kartläggning av en representativ grupp från härbärgena och studera de behandlingsmöjligheter som kunde tänkas för den." (ibid s 22.) Krukis var således en försöksverksamhet och dess mål och metoder beskrevs på följande sätt:

"Mål

1. Social, medicinsk och psykologisk beskrivning av den grupp hemlösa män man finner på natthärbärgena och av den vård de tidigare erhållit.
2. Beskrivning av de hemlösa män för vilka en adekvat stadigvarande vårdform och livsmiljö finns och ordnande av sådan.
3. Rehabilitering av de hemlösa män som klarar av detta och beskrivning av denna grupp.
4. Beredande av öppen stadigvarande vård och livsmiljö för de hemlösa män för vilka adekvat livsmiljö saknas med ett minimum av samhällskonflikter och ett maximum av anpassning för individen och utnyttjande av de resurser han har.
5. Utprövning och beskrivning av metoder för att uppnå dessa mål."

(ibid s 22).

"Metoder

För 1-5

a. Social, medicinsk, psykologisk och psykiatrisk undersökning.
b. Insamling och bearbetning av registerdata.
c. Att på grundval av ovanstående material och på behandlingshemmet gjorda observationser utarbeta en behandlingsplan för var och en med angivande av behandlingsmål och resultatkriterier.
d. Med bestämda intervaller genomföra resultatkontroller.

För 3-4

e. Stödet från en miljö och personal som tillfredsställer behov av ekonomisk och emotionell trygghet, uppskattning och social kontakt.

f. Massiv och samtidig insats från ett socialmedicinskt behandlingsteam av fysisk rehabilitering, social case-work samt stödjande och eventuell bearbetande samtalsterapi.

g. Social träning i att komma överens med sin omvärld och att ta ökat ansvar och intresse för sin egen person i en gruppcentrerad miljö. Konflikt i behandlingssituationer utnyttjas som exempel på hur man kan lösa konflikter under socialt acceptabla former. Kollektiva problem och konflikter löses kollektivt.

h. Meningsfulla sysselsättningsmöjligheter för att motverka passivisering och för att stärka självkänsla och ansvarsmedvetande.

i. Utnyttjande av samhällsorgan som kan bidraga med medicinsk och social rehabilitering varvid fortlöpande kontakt hålls med patienten även då han genomgår annan behandling. Patienterna fångas upp efter genomgångna behandlingar och även efter asociala recidiv.

j. Detaljinnehållet i punkterna c-i beskrivs med hänsyn till praktisk genomförbarhet, verkan och nödvändighet vid genomförande av framtida liknande verksamhet."

(ibid s 23).

Experimentvariabeln är således en försöksverksamhet vars mål kan sammanfattas i två punkter.

Det ena målet var att öka kunskapen om de hemlösa och att beskriva vad som sker vid ett intensivt arbete med hemlösa och hur arbetet utformas. Detta innebar att samtliga i B-gruppen mötte en intensiv uppmärksamhet i form av intervjuer, psykologiska och medicinska undersökningar och observationer som inte enbart var betingade av vad som krävdes

för ett behandlingsarbete. Var och en av B-fallen var under närmaste tiden efter ankomsten till behandlingshemmet aktivt engagerad i intervjuer m fl undersökningar under i genomsnitt 12 timmar. Att denna uppmärksamhet, betingad av kunskapsmål, hade stor betydelse även sett ur behandlingssynpunkt är mycket sannolikt genom att den aktualiserade sociala och psykiska konflikter, innebar att den svåra livssituationen togs som ett allvarligt problem, väckte en längtan efter mer vanlig känslomässig kontakt och ett mer vanligt anpassat liv. Denna ansats till en rekonstruktion av individens sociala och psykiska historia kunde sällan vidareutvecklas till en medveten behandlingslinje men ansatsen fanns där och hade sannolikt sin betydelse.

Det andra målet för arbetet var att utforma metoder för behandling och för arbetssätt för att uppnå rehabilitering och att utforma adekvata livsmiljöer som skulle möjliggöra ett minimum av samhällskonflikt och maximum av anpassning och utnyttjande av de resurser individen har. Behandlingsmetoderna, vari vi kan inrymma även arbetet med rehabilitering och med att utforma livsmiljöer, var således inte givna från början utan målet var att utforma dem. Detta innebar att B-gruppen kom att möta en rad olika arbetssätt som ibland levde vidare och blev en bit av vardagsarbetet, en del avskrevs snabbt när de visade sig oanvändbara. Att ge en beskrivning av alla dessa försök faller utanför denna ram (mycket finns beskrivet i Norman & Schulze 1970) och det centrala är de grundläggande föreställningar som styrde arbetet.

Synsätt som präglat Krukisarbetet.

Arbetet kan beskrivas ut många aspekter och vi har givit en beskrivning i rapporten "Arbetsformer vid det socialmedicinska utrednings- och behandlingshemmet 'Krukis' och dess annex" (Ahlgren et al 1973, avsnittet författat av J Norman), som ger en viss bild av en del av de grundläggande föreställningarna och som också ger en bild av den grupp hemlösa i Stockholm som vi arbetade med. De data om hemlösa som refereras i texten härrör från Norman & Schulze (1970) och Grosin & Norman (1974).

"Kommentarer beträfffande problemområden som vi ofta möter i arbetet med hemlösa män och hur vi försöker hantera dem enligt Krukismodellen.

Missbruk: Alkoholmissbruket är mycket omfattande hos de hemlösa männen och den överväldigande majoriteten kan betraktas som avancerade alkoholmissbrukare. Konsumtionen ligger skyhögt över normalkonsumtion. Nästan samtliga har tagits för fylleriförseelser, gruppen har i genomsnitt 30 fylleriförseelser per individ. Anstaltsvistelserna är långvariga och inskrivningstiderna är i genomsnitt omkring fem år. Enligt en grov beräkning svarade de 1500-2000 hemlösa män som ett visst år bo på natthärbärgena för omkring en tredjedel av samtliga fylleriomhändertagande som polisen gör under motsvarande år. Missbruket leder således till omfattande konflikter med samhället och dessutom till fysiska och psykiska skador.

Krukismodellen: Vi anser att det är omöjligt att angripa missbruket isolerat. Missbruket har en mängd olika sociala och psykologiska orsaker och måste således betraktas som ett symtom som kan påverkas endast om orsakerna samtidigt påverkas.[1] Behovet av att berusa sig minskar inte genom att berusningen förbjuds, utan minskar som en konsekvens av att individen får det bättre beträffande hela sin sociala och psykologiska livssituation. Vi förbjuder därför inte de hemlösa män vi arbetar med att dricka alkohol, men vi försöker påverka dem att ta hänsyn till andra egna behov och även andra människors behov. På lång sikt sker påverkan av alkoholmissbruket genom att den hemlöses hela livssituation förbättras och behov av berusning blir då inte lika stort som tidigare. Denna förändring sker oftast långsamt, men över flera års tid ser vi en markant förbättring beträffande drickandet.

---

1) Vi har således i vårt arbete med de hemlösa inte utgått från det medicinska sjukdomsbegreppet för alkoholism (t ex Jellinek 1960) vars grundpelare är att förlust av kontroll över alkoholkonsumtionen är irreversibel som följd av biologiskt beroende och att alkoholism förklaras som ett biologiskt fenomen, i motsats till alkoholmissbruk som anses kunna förstås utifrån individens sociala och psykiska situation.

I vissa fall fortsätter missbruket, dock sällan så omfattande som tidigare och den avgörande skillnaden för de män som förblir svåra missbrukare är att missbruket inte får så katastrofalt destruktiva konsekvenser som det tidigare haft.

Kroppslig hälsa: De hemlösa männen är oskyddade mot kyla, fukt, närigsbrist och löper en mycket stor risk att råka ut för olyckor i samband med slagsmål, ovarsamhet i trafik o s v. Täta sjukskrivningar, sjukhusvistelser och ständiga besök på sjukhusens akutmottagningar blir följden. Den yngre gruppen hemlösa har tio gånger mer sjukhusvård än sin motsvarande åldersgrupp i den övriga befolkningen. De ständiga besöken vid sjukhusens akutmottagningar blir ett stort problem för sjukhusen som har svårt att hantera de då ofta berusade och skadade hemlösa männen.Det är inte helt ovanligt att en hemlös man kan komma in som akutfall 30-40 gånger på ett år till sjukhuset. Ytterst få kan vid en rutinmässig hälsoundersökning bedömas som kroppsligt friska, nära hälften har pågående akut leverskada, och många har hjärnskador p g a näringsbrist, skallskador och missbruk.

Krukismodellen: Översjukligheten bland hemlösa män är en konsekvens av deras levnadssätt, genom att deras levnadssätt förändras så förändras också sjukdomsmönstret. Hälsotillståndet förbättras efter hand som den materiella situationen förbättras och alkoholmissbruket avtar, näringsbristen upphör och utsattheten för yttre våld minskar p g a de mer stabila levnadsförhållandena. Sjukdom är förknippad med ångest och många av de hemlösa har svårt att tåla ångest vilket leder till svårigheter att handskas med sjukdom. Vi försöker förutom att aktivt utreda vilken sjukdom som föreligger även få våra patienter att fullfölja utredningar och behandlingar på sjukhus. Vi finner att behandlingen praktiskt taget aldrig fullföljs om vi överlåter den till annan instans utan att hålla oss informerade och aktivt stödja patienten i den kontakten. Genom att patienten vet att vi känner honom, hans svårigheter och sjukdomar kan åtgärder vidtagas utan ångestväckande formalitet. Vi försöker

således styra sjukdomskonsumtionen så att den verkligen påverkar patientens hälsotillstånd i positiv riktning och försöker avstyra onödiga akutbesök och sjukhusvistelser.

Kriminalitet: Flertalet har någon gång varit dömda för brott. Vanligast är stöld men våldsbrott förekommer ganska ofta. Flertalet har blivit dömda upprepade gånger och långa rader av fängelsevistelser har blivit följden. Brotten har i allmänhet varit helt oplanerade, tillfälligheter och berusningsgrad har varit starkt avgörande.

Krukismodellen: Kriminaliteten är att betrakta som ett symtom som inte kan förstås eller förändras isolerat från de materiella och emotionella betingelser som styr den hemlöses livssituation. Efterhand som den hemlöse får mer stabila levnadsförhållanden försvinner också många av de tillfälligheter som tidigare bidragit till brottsligheten. Förutsättningen är att man känner att man räknas till en liten grupp som har kontinuerlig kontakt samt att de sociala förhållandena är hyggliga.

Bostadssituationen: De flesta som nu är hemlösa har någon gång haft en egen lägenhet men det tog ofta bara ett till två år innan lägenheten gick förlorad p g a trassel med fylleri och kriminalitet. Alla känner alla inom gruppen hemlösa män och det är mycket svårt att inte låta en gammal kompis som man har träffat i en portuppgång sova på köksgolvet om man själv har en lägenhet. Lägenheten utvecklas sedan lätt till ett tillhåll för andra hemlösa och snart är man uppsagd. Så börjar vandringen igen mellan ungkarlshotell och härbärgen, uteliggande, anstalter o s v.

Krukismodellen: För den grupp som denna rapport handlar om gäller i allmänhet att en egen lägenhet eller på annat sätt ordnat tak över huvudet är en nödvändig men inte tillräcklig betingelse för att möjliggöra stabilitet. Bostaden är endast en av många faktorer och om man ignorerar de övriga faktorerna riskerar man att förvärra situationen genom att bädda för svåra misslyckanden. På så sätt kör man den hemlöse allt hårdare fast i identiteten som avvikare. En fast bostad är endast en av många förutsättningar för att utforma den adekvata livsmiljön.

En bristande kontinuitet i den materiella miljön: Den hemlöse har ingen sängplats, inget bestämt rum, ingen nyckel till sitt eget, ena natten bor han på härbärge, andra natten hos en kompis, tredje natten blir kanske ute eller hos en annan kompis, fjärde natten på ungkarlshotell, i finkan, på sjukhus, på anstalt eller någon annanstans. Hela tiden växlande miljö som den hemlösa så småningom möter med allt större likgiltighet.

Krukismodellen: Vi anser att kontinuitet i den materiella miljön är av stor betydelse. Utan att reflektera på det har de flesta människor en väl utvecklad struktur vari deras liv finns inplacerat. Det är en elementär trygghet att på morgonen veta var man ska bo på kvällen, att veta att man har en bestämd plats att hålla till på, sin bestämda matplats, plats framför TV:n o s v. I alla grupper uppstår snabbt en struktur, man sätter sig aldrig huller om buller kring ett bord eller vid en TV om man har träffats ett antal gånger föruto. Man skaffar sig en bestämd utkikspunkt och begränsar antalet valsituationer och därigenom konflikter med omgivningen. Detta strukturerande som vi människor ständigt håller på med tas för givet, men har sannolikt en funktion för oss som vi inte är riktigt medvetna om. De hemlösa har hela tiden ett växlande perspektiv som omöjliggör en strukturering. Vi anser det mycket viktigt att denna strukturering ska kunna ske. Vi eftersträvar därför en kontinuitet i materiell miljö, individen ska inte flyttas från det ena stället till det andra, d v s inte snurra runt i en vårdkedja utan i stället erbjudas ett stadigvarande boende i en adekvat livsmiljö med möjligheter att flytta vidare när möjligheterna erbjuds och man själv tycker att det känns bra.

Bristande kontinuitet i den känslomässiga miljön: Många hemlösa män känner varandra, men i allmänhet från en alldeles speciell synvinkel och mycket ytligt. Kontakterna växlar hela tiden. Den hemlöse har ofta hundratals eller tusentals bekanta men oftast inga vänner. Genom berusning skärmar man

av sig från närmare kontakt, anonymiteten människorna emellan består. Släkt och gamla vänner, f d fru och egna barn är i allmänhet försvunna för den hemlöse och den hemlöse är försvunnen för dem och går inte att finna. Han roterar runt utan fast adress och är mycket svår att få tag på.

Krukismodellen: Vi eftersträvar en kontinuitet i kontakterna. De flesta människor hör förutom till en materiell även till en känslomässig struktur som de inte är särskilt medvetna om vilken betydelse den har. Vi träffar på kvällen samma människor som på morgonen och om det dyker upp någon annan så är det inte vem som helst och hur som helst. Man råkar inte plötsligt ut för att någon främmande ska dela rum med en på natten, man väljer själv om så ska ske eller ej. Genom kontinuerlig kontakt i en liten grupp utvecklas nya mönster. Den överväldigande majoriteten av befolkningen lever inom små grupper, familjer, även storfamiljer är små grupper och det är inom sin egen grupp som man får motiv att stabiliseras och utvecklas. Även i detta avseende måste arbetet med de hemlösa männen efterlikna de förhållanden som befolkningen i övrigt lever under. Förutom en kontinuitet har de flesta i befolkningen även djupa känslomässiga kontakter med någon eller några andra människor, kontinuiteten är en förutsättning för djupare kontakt medan kontinuitet i och för sig inte garanterar någon djupare kontakt. Många av de hemlösa är ordenligt brända, djupt besvikna och rädda att återigen försöka etablera kontakt med medmänniskor. De problem som den hemlöse haft har varit dolda i spritmissbruk och i beteenden som varit svårförståeliga för utomstående. När nu den hemlösa kommer till behandlingshemmet och en djupare kontakt börjar etableras i den mindre gruppen kommer också konflikterna på det känslomässiga planet upp, bl a som konflikter i relationerna till närstående människor. Konfliktfyllda relationer från tidigt i personens utveckling aktualiseras. De konfliktfyllda situationerna kommer nu att upprepas när han kommer i nära kontakt med personal,

konflikterna blir iscensatta med personalen som medspelare i hans personliga drama. Genom den långvariga positiva, men även kris och konfliktfyllda kontakten sker ofta en utveckling så att de konfliktfyllda sidorna inte längre får samma dominans, och andra mindre konfliktfyllda sidor hos personen kommer då också lättare till sin rätt. Även om det vanliga vardagslivet i mångt och mycket står som modell för vad som händer på behandlingshemmet har givetvis livet där många säregna drag. Det händer ständigt saker, där kommer nya gäster, andra försvinner, kriser och trassel avlöser varandra och vistelsen på behandlingshemmet är därför att betrakta som ett första led i en uppbyggnad av den hemlöses vardagsliv som sedan fortsätter och fullföljes i den adekvata livsmiljö som t ex en lägenhet eller ett annex kan vara.

De hemlösa männen som en minoritet: De hemlösa männens värld är ganska sluten gentemot den övriga befolkningen, de flesta kontakter sker inom gruppen och kontakterna mellan de hemlösa männen och övriga befolkningen är ofta präglad av konflikt. Den övriga befolkningen betraktar de hemlösa männen som en grupp som karakteriseras av avvikelserna, den hemlöse mannens avvikelse blir hans identitet och detta är en följd av och leder till ytterligare diskriminering och segregation.

De hemlösa männen har ett utbyte med omvärlden som huvudsakligen har negativa förtecken. Ofta har denna utveckling börjat tidigt i dessa människors historia. Tidiga känslomässiga störningar ligger som en grund varpå den fortsatta utvecklingen byggs. Många kommer från familjer som haft svårt att förmedla trygghet och en egen känsla av tilltro. Många har upplevt svåra besvikelser i tidiga barnaåren och en bristande tilltro och skör självaktning ligger som en hämsko på allt som den människan ska företa sig.I kollisionen med utbildnings- och konkurrenssamhället accentueras de känslomässiga problemen och utstötningen från arbetsmarknad och social gemenskap börjar. Den höga arbetstakten och höga krav på funktionsduglighet förutsätter att individen

har förmåga att bortse från sina egna rationella och irrationella behov under en större del av dygnets vakna tid eller lyckas i arbetet indirekt få dessa behov tillfredsställda. De hemlösa männen rekryteras från samhällets lägre sociala skikt och de arbeten som är aktuella ställer stora krav på funktionsduglighet och möjlighet att uppskjuta tillfredsställelsen av egna behov, marginalerna inom arbetet för att spela sitt privata drama utan att få sparken är begränsade. Det ena misslyckandet följerrdet andra, berusningsbehovet ökar och ytterligare misslyckanden blir följden. För att få sina behov tillfredsställda och som skydd mot omgivningens negativa uppfattning sluter de hemlösa männen sig samman och utbildar sina egna normer. Inom gruppen accepteras en mängd beteenden och attityder som fördöms av de flesta övriga medborgare, grupptillhörigheten skyddar mot upplevelse av skam och skuld. De hemlösa männen får sitt vardagsrum på gatan, i parker och portar och man utbildar ett eget primitivt ekonomiskt system där alla bjuder alla och man därför inte löper samma risk att behöva svälta eller törsta om man håller sig inom gruppen. Utstötta från arbetslivet, från social gemenskap och från möjligheter till materiell och emotionell trygghet försöker de hemlösa som en kompensation skapa sig en trygghet tillsammans med sina tusentals olycksbröder.

Krukismodellen: I arbetet med en rekonstruktion av de hemlösa männens vardagsliv och adekvata livsmiljö, vilket är vår verksamhets målsättning, måste hela tiden denna minoritetsaspekt beaktas. Många har tidigare försökt ta sig ur minoriteten, försökt att rehabilitera sig, men så småningom fått återvända efter att ha misslyckats. Detta har stärkt identiteten som avvikare och vi kan inte kräva att den hemlöse ska avstå från denna identitet förrän han fått så fast mark under fötterna att han inte längre behöver den. Det finns ingen isolerad behandling eller åtgärd som leder till detta mål utan alla de relationer som etableras, åtgärder som vidtas och principer vi följer ger det samlade resultat att den som tidigare upplevde sig som en hemlös lodis inte längre gör så." (Ahlgren et al 1973 s 3-9).

Kapitel 13

KRITERIER FÖR EFFEKTMÄTNING.

Kriterier beträffande alkoholmissbruk.

Ett mål var att påverka behovet av berusning genom att förbättra den hemlöses hela livssituation. Något direkt mått på förekomst av berusning har vi inte och ännu mindre på berusningsbehovet. De data som är mest förbundna med förekomst av berusning är data om fylleriförseelser. Att bli omhändertagen p g a fylleri är nära förbundet med social position och kan därför inte användas som mått på berusning när det rör skilda sociala skikt. Vår undersökningsgrupp är emellertid homogen när det gäller social position. Frågan är dock om det finns något samband mellan frekvens kraftig berusning och fylleriförseelse.

Under större delen av observationstiden gjordes dagligen en skattning av berusningsgrad för var och en av gästerna och när vi sammanställer andel dagar av samtliga observationsdagar som gästen skattats som kraftigt berusad med andel månader med fylleriförseelse av samtliga observationsmånader som det finns skattningar på, finner vi följande:

Tabell 35

Samband mellan andel dagar med skattning "kraftigt berusad" och andel observationsmånader med fylleriförseelse

Andel dagar med skattning "kraftigt berusad", %	Antal individer	Antal obs-månader	Antal obs-månader med fylleri-förseelse	Andel månader med fylleriförseelse av samtliga obs-månader %
- 9	23	268	28	10
10 - 19	11	125	35	28
20 - 29	6	64	31	48
30 -	4	28	14	50
Totalt	44	485	108	22
r=0.74	t=7.13 xxx			

Vi finner ett signifikant samband som gör det berättigat att använda antal fylleriförseelser som kriterium för förekomst av berusning. Många hemlösa är dock blandmissbrukare och vi undersöker därför om skattningen "kraftigt berusad" rörde alkoholberusning.

Tabell 36

Alkohol- o/oo i blod vid skattning "kraftigt berusad"

Alkohol o/oo i blod	skattning "kraftigt berusad" antal individer
0	0
0.1-1.0	1
1.1.2.0	8
2.1-3.0	8
3.1-	2
Totalt	19

Den individ som hade lägsta alkoholhalten i blod hade 0.9 o/oo och flertalet över 2 o/oo.

Ett annat mål som sammanhänger med missbrukssituationen var att minska behovet av anstaltsvård och ingripanden från nykterhetsvård. Detta mål sammanhänger även med målet att minska konflikterna med samhället, där konflikt ska tolkas som ingripanden från samhällets kontrollerande organ. Som kriterier används i vilken utsträckning inskrivning på nykterhetsvårdsanstalt förekommer, vilket är den formella aspekten att individen ställs under anstaltens kontroll, samt vistelseperioder och -tid som mått på i vilken mån individens situation föranlett ett ingripande. Nykterhetsvården kan också ingripa med att individen ställs under tvångsövervakning (§ 15 i Nykterhetsvårdslagen) som är en mildare tvångsåtgärd än inskrivning på anstalt.

Ett annat mål var att de katastrofalt destruktiva följderna av fortsatt missbruk skulle undvikas. Såväl fylleriomhändertaganden, anstaltsvård och nykterhetsvårdsingripanden kan ibland ses som destruktiva följder av missbruket, men död till följd av intoxikation och alkoholsjukdom är den mest katastrofala följden. Förekomst av alkoholbetingade dödsfall

(indelning enl appendix V) används som kriterium,[1] och även förekomst av leverskador och intoxikation vid dödsfall kan belysa detta.

Kriterier beträffande kroppslig hälsa.

Mått på kroppslig hälsa disponeras ej och sjukskrivningsfrekvens är ett alltför mångtydigt mått. Ett mål var att styra sjukvårdskonsumtionen så att onödiga sjukhusvistelser kunde undvikas. Med onödiga menade vi då sådana vistelser som var direkt betingade av den dåliga sociala situationen, t ex av alkoholmissbruket och bostadslösheten och som var onödiga ur den synpunkten att de skulle i viss mån inte blivit aktuella om den sociala situationen var bättre. Å andra sidan var det önskvärt med sjukhusvistelser när det rörde sjukdomstillstånd där sjukhusets resurser krävdes, vilket kunde förväntas inträffa i början av behandlingsperioden. Antal sjukhusvistelser för B-gruppen skulle alltså minska av sociala skäl och i början öka av medicinska skäl för att därefter minska.

Relaterat till ohälsa är dödlighet men om dödsfallen inträffar som följd av t ex olyckor och egna handlingar, vilket är vanligt när det gäller hemlösa, är döden inte betingad av ohälsa och vi behandlar därför dödligheten som ett separat kriterium.

Kriterier på kriminalitet.

Genom förbättrad social situation och därmed bättre sätt att handskas med berusning och mer stabila sociala relationer skulle kriminaliteten avta. Vi använder som kriterier antal individer som begått brott och antal brottstillfällen.

---

1) Angående ev bias vid kategorisering av dödsfall, se sid 82.

Kriterier beträffande bostadssituation, materiell kontinuitet och adekvat livsmiljö.

Ett mål var att utforma en stabil boendesituation i en miljö som medgav ett minimum av samhällskonflikt, maximum av anpassning och möjligheter för de boende att tillvarata sina egna resurser. För många av dem i B-gruppen som kunde erbjudas plats på något av annexen var detta mål i viss mån förverkligat men eftersom denna boendeform var exklusiv för B-gruppen finns inget motsvarande i K-gruppen att jämföra med.

Boende i lägenhet var i sig inget eftersträvansvärt med kännedom om hur lägenhetsboendet ofta utvecklades för de hemlösa när boendet inte följdes upp med ett intensivt behandlingsarbete. Adekvat livsmiljö är ett kvalitativt begrepp som vi inte kan mäta.

Vi kan belysa detta problemområde endast genom negativa kriterier. Att bo på ungkarlshotell och härbärgen kan användas som ett kriterium på frånvaro av adekvat livsmiljö, under åtminstone den period som boendet inträffar. Om en adekvat livsmiljö föreligger före eller efter ungkarlshotells- och härbärgesperioderna kan vi inte uttala oss om men ju fler perioder och ju längre tid desto troligare att en adekvat livsmiljö saknas. På liknande sätt kan summan av alla perioder på ungkarlshotell, härbärge, nykterhetsvårdsanstalt, fängelse och sjukhus tas som kriterium på frånvaro av materiell kontinuitet.

Övriga kriterier.

Ett mål var att större ekonomisk trygghet och bättre arbetsförmåga skulle uppnås. Vi har inga data som direkt kan belysa detta som möjliggör en jämförelse med K-gruppen. Inkomsten har dock ett samband med detta mål och vi använder taxerad inkomst som kriterium.

Ett mål som aldrig uttalades men som givetvis finns implicit i verksamheten som sådan var att öka möjligheterna att överleva genom att minska benägenhet för olycksfall, självmord, förgiftningar och i den mån det var möjligt även dödsfall som följd av sjukdom. Alkoholbetingad död har vi berört under avsnittet alkoholmissbruk och i detta avsnitt undersöks om någon skillnad föreligger beträffande dödsfall betingade av den sociala och psykiska situationen[1)].

Vi finner således att de data som disponeras kan belysa en del av de centrala mål som uppställts för arbetet men måste också konstatera att hela det målområde som rör den emotionella situationen, relationer till andra människor, sätt att handskas med och förstå den aktuella mer eller mindre problemfyllda livssituationen lämnas utanför. Effektmätningen kommer genom att den enbart utgår från registerdata, att röra en mer officiell aspekt av det som hänt medan subjektiva och privata aspekter inte kan beröras.

---

1) Angående ev bias vid kategorisering av dödsfall, se sid

Kapitel 14

MATCHNING AV KONTROLLGRUPP.

Uppdelning i B- resp K-grupp skedde genom lottning och därigenom uppnåddes en stor likhet mellan grupperna. Det visar sig dock att det föreligger vissa skillnader som är av betydelse för möjligheten att mäta effekterna. Förutom vissa skillnader i bakgrundsdata föreligger också en skillnad under år 1 + 2 beträffande antal döda som inverkar på frekvenserna av andra företeelser under den följande observationstiden.

Tabell 37

Skillnader mellan B- och K-grupp tiden före obs-tidens början samt beträffande dödlighet år 1 + 2

			B	K	sign
Tvångsåtgärder från nykterhetsvård	år 2-0	%	58	39	χ^2 4.60^x
Vårdperioder på nykterhetsvårdsanstalt	år 0	$\bar{x}$	0.7	0.3	t 1.86^o
Vårdade på nykterhetsvårdsanstalt	år 0	%	33	23	
Inskriven vid nykterh.vårdsanstalt	år 0/1	%	29	17	χ^2 3.06^o
Domar för fylleri	år 2-0	$\bar{x}$	8.0	6.0	
Väntar rättegång p g a brott	år 0/1	%	18	11	
10 eller fler brott	år 0	%	16	8	
Boendeperioder på härbärge, ungkarlshotell, Högalids vårdhem	år 2-0	$\bar{x}$	7.2	6.3	
Döda	år 1+2	%	4.4	9.2	

För att öka precisionen i effektmätningen genomförs en precisionskontroll genom att det för var och en av de 45 B-fallen söks en individ bland de 120 K-fallen med så lika data som möjligt (Sellitz et al 1964). I de fall där brister i individuell överensstämmelse inte kan undvikas görs försök att korrigera denna avvikelse vid val av andra avvikande fall varigenom en kontroll av frekvensfördelning för B- resp K-grupp uppnås.

Genom att urval till B- och K-grupp skett genom lottning är likheten mellan grupperna redan före matchningen så stor att flera variabler kan ingå i matchningen trots att K-fallen är endast 2.6 gånger fler än B-fallen. Vid val av matchnings-

variabler görs följande övervägande. Matchningen ska gälla de variabler eller ha samband med dem för vilka vi funnit skillnader mellan B- och K-grupp som är av betydelse för jämförelser under observationstiden. Variablerna ges olika prioritet vid matchningen på grundval av dels hur stor skillnad som föreligger mellan grupperna och dels vilken betydelse skillnaderna kan ha för jämförelsen under observationstiden. Högsta prioritet ges därför dödsår, förekomst av tvångsåtgärd och ålder, därefter fylleridomar och slutligen brottstillfällen och boendeperioder.

Den grupp som matchas ur K-gruppen betecknas K_M. Vid en jämföresle mellan B och K_M-grupperna av frekvensfördelning för de matchade variablerna finner vi följande:

Tabell 38

Jämförelse mellan B- och K_M-grupp beträffande matchade data

Födelseår	B	K_M
-09	6	4
10-19	14	15
20-29	17	19
30-	8	7
	45	45
$\bar{x}$	1921.2	1920.5
s	8.2	8.9

Dödsår	B	K_M
1 - 2	2	2
3 - 5	5	5
	7	7

Tvångsåtgärd	B	K_M
Ja	26	26
Nej	19	19
	45	45

Fylleridomar	B	K_M
0	7	7
1-4	16	17
5-9	11	10
10-	11	11
	45	45
$\bar{x}$	8.0	6.9
s	10.4	9.8

Brottstillfällen	B	K_M
0	24	23
1 - 4	7	8
5 - 9	7	8
10 -	7	6
	45	45
$\bar{x}$	1.9	2.0
s	1.2	1.1

Boendeperioder	B	K_M
1-4	15	17
5-9	18	14
10-	12	14
	45	45
$\bar{x}$	7.2	7.6
s	6.3	5.5

Några väsentliga skillnader mellan frekvensfördelningarna för B- resp K_M-grupperna föreligger inte (högsta χ^2-värde finner vi för boendeperioder och är 0.78). Medelvärdet för fylleridomar var före matchningen 8.0 och 6.0 för B-resp K-grupp och skillnaden efter matchningen har minskat men det har inte lyckats att helt eliminera den. Skillnaden är dock inte signifikant. Vid en individuell jämförelse finner vi följande överensstämmelse:

Tabell 39

Individuell överensstämmelse mellan B- och K_M-fallen beträffande matchade data.

	%
Dödsår	100
Tvångsåtgärd	91
Ålder	87
Fylleridomar	82
Brottstillfällen	69
Boendeperioder	62

För de data som matchades i första och andra hand finner vi en mycket god individuell överensstämmelse men även för de data som matchades i tredje hand har det i flertalet fall varit möjligt att finna ett K-fall vars data ligger i samma klass som B-fallet. I vissa fall är skillnaderna beroende på att antalen ligger numeriskt nära men skiljs av en klassgräns.

Eftersom matchningen inkluderar om individen avlidit eller ej under obs-tiden, får vi när det gäller denna jämförelse mellan B- och K-grupp frångå den matchade K_M-gruppen och i stället utgå från hela ursprungliga K-gruppen.

Kapitel 15

RESULTAT

Vid redovisningen av de resultat som fås vid jämförelse mellan B- och K_M-grupp följer vi uppdelningen i olika problemområden. Följande problemområden berörs: Alkoholmissbruk, hälsa, kriminalitet, boendesituation och materiell kontinuitet, ekonomi och dödlighet.

Först redovisas de skillnader vi finner mellan B-grupp och K_M- (ibland K-) grupp och efter denna redovisning sammanfattas och diskuteras de erhållna resultaten.

Resultat relaterade till alkoholmissbruk.

Behandlingsmål 1: Minskat behov av berusning och därmed mer moderata alkoholvanor.

Kriterier: Fylleriförseelser.

Hypotes: a) Färre individer i B-gruppen med stort antal fylleriförseelser.

b) Färre fylleriförseelser i B-gruppen.

Tabell 40

Resultat betr fylleriförseelser noterade av nykterhetsnämnd

Antal fylleri-förseelser	Observationsår 1-2		3-5		1-5	
	B	K_M	B	K_M	B	K_M
0	6	9	6	7	5	6
1 - 9	25	14	21	15	17	13
10 - 19	9	10	5	11	8	4
20 -	5	12	11	10	15	22
	45	45	43	43	45	45
χ^2	6.64°		3.38⁻		3.28⁻	
$\bar{x}$	8.3	16.0	15.9	12.8	23.5	28.3
t	1.93°		.75⁻		.66⁻	

Under observationsår 1 - 2 finner vi i B-gruppen en tendens till förskjutning mot färre fylleriförseelser (χ^2 6.64°) medan skillnaden för medelvärdena är strax under signifikans på 5%:s nivå (t 1.93°). Under år 3 - 5 och 1 - 5 finner vi

ingen signifikant skillnad. Vi finner under år 1 - 2 en tendens till ett omvänt U-format samband med färre individer i B-gruppen med 0 (χ^2 .72⁻) och 10 eller fler fylleriförseelser (χ^2 2.96°), och en övervikt av individer med 1-9 förseelser. B-gruppen är då mer homogen än K_M-gruppen.

Hypotes a verifieras ej men för år 1 - 2 finner vi en tendens i förväntad riktning.

Hypotes b verifieras ej men under år 1 - 2 finner vi en stark tendens i förväntad riktning.

Behandlingsål 2: Mer måttliga alkoholvanor och mindre destruktivt sätt att handskas med den sociala situationen och därigenom mindre ingripanden från nykterhetsvård och behov av anstaltsvård.

Kriterier: Beslut om tvångsåtgärder från nykterhetsvården, antal gånger och tid för inskrivning resp vård vid nykterhetsvårdsanstalt.

Hypoteser: a) Färre i B-gruppen har varit föremål för nykterhetsvårdens tvångsåtgärder och åtgärder som vidtagits är av lättare karaktär.

b) antalet gånger som B-fallen inskrivits vid nykterhetsvårdsanstalt och därigenom formellt ställts under anstaltens kontroll är färre och inskrivningstiden kortare.

c) Fler B-fall har färre inskrivningstillfällen och kortare inskrivningstid.

d) Antalet gånger som B-fallen vårdats på nykterhetsvårdsanstalt är färre och vårdtiden kortare.

e) Fler B-fall har färre vårdperioder och kortare vårdtid.

Beträffande hypotes a finner vi följande:

Tabell 41

Resultat betr beslut om tvångsåtgärder från nykterhetsvården

Tvångsåtgärd	Observationsår 1-2		3-5		1-5	
	B	K_M	B	K_M	B	K_M
Inga tvångsåtgärder	31	30	31	23	23	20
Enbart tvångsövervakn	5	3	6	8	10	6
Intagn på anstalt	9	12	6	12	12	19
Totalt	45	45	43	43	45	45
χ^2	.95⁻		3.47⁻		2.79⁻	

Vi finner under år 1 + 2 ingen skillnad medan det år 3 - 5 är en tendens till färre B-fall med tvångsåtgärd (χ^2 3.19°).

Beträffande hypotes b och c finner vi följande:

Tabell 42

Resultat betr inskrivningstillfällen på nykterhetsvårdsanstalt

Inskrivnings-tillfällen	Observationsår 1-2		3-5		1-5	
	B	K_M	B	K_M	B	K_M
0	34	32	32	27	33	24
1	9	9	6	7	1	9
2-	2	4	5	9	11	12
Totalt	45	45	43	43	45	45
χ^2	.73⁻		1.64⁻		7.87ˣ	
$\bar{x}$	.3	.4	.4	.9	.6	1.0
t	-		1.95°		1.5⁻	

För år 1 - 2 finner vi ingen skillnad när det gäller inskrivningstillfällen men för år 3 - 5 är det en tendens till skillnad mellan medelvärdena. För hela observationstiden finner vi signifikant fler i B-gruppen med färre inskrivningstillfällen och inget inskrivningstillfälle (χ^2 3.88ˣ).

Beträffande den tid som inskrivning vid anstalt varat finner vi följande:

Tabell 43

Resultat betr inskrivningstid på nykterhetsvårdsanstalt

Inskrivnings-tid, år	Observationsår 1-2		3-5		1-5	
	B	K_M	B	K_M	B	K_M
0	29	23	30	21	27	20
- 1	6	5	2	6	4	4
1 - 3	10	17	10	14	8	8
3 -			1	2	6	13
Totalt	45	45	43	43	45	45
χ^2	2.60⁻		4.59⁻		3.62⁻	
$\bar{x}$ månader	4.	8.1	6.9	10.9	10.7	18.3
t	2.31ˣ		1.47⁻		1.87°	

Här finner vi en signifikant lägre genomsnittstid i förväntad riktning år 1 - 2, och för hela observationstiden sammantaget finner vi en tendens i förväntad riktning. Det är inte signifikant fler i B-gruppen som har kortare inskrivningstid förutom för år 3 - 5 då det är signifikant fler i B-gruppen som inte har någon inskrivningstid alls (χ^2 3.90^x).

När det gäller antal vårdperioder och tid på anstalt, hypotes d och e, finner vi följande:

Tabell 44

Resultat betr vårdperioder på nykterhetsvårdsanstalt.

Vård-perioden	Observationsår 1-2		3-5		1-5	
	B	K_M	B	K_M	B	K_M
0	33	24	30	23	31	21
1 - 2	3	9	5	4	3	4
3 -	9	12	8	16	11	20
Totalt	45	45	43	43	45	45
χ^2	4.85^o		3.70$^-$		4.68^o	
$\bar{x}$	1.0	1.7	1.3	2.4	2.2	4.0
t	1.44$^-$		1.70^o		1.96^o	

Vi ser att B-gruppen har en tendens till i genomsnitt färre vårdperioder under år 3 - 5 och 1 - 5. Under år 1 - 2 och 1 - 5 finner vi en generell tendens till fler i B-gruppen som har färre vårdperioder och signifikant fler som inte har någon vårdperiod (χ^2 3.88^x resp 4.56^x) Under år 3 - 5 finner vi en tendens till färre B-fall med 3 eller fler vårdperioder (χ^2 3.70^o).

När det gäller vårdtid på anstalt finner vi följande:

Tabell 45

Resultat betr vårdtid på nykterhetsvårdsanstalt.

Vårdtid, månader	Observationsår 1-2 B	1-2 K_M	3-5 B	3-5 K_M	1-5 B	1-5 K_M
0	33	24	30	23	31	21
1 - 6	7	7	2	3	2	3
6 - 12	4	7	5	5	1	4
12 - 24	1	7	6	9	8	7
24 -				3	3	10
Totalt	45	45	43	43	45	45
χ^2	6.74^{o}		3.13^{-}		7.36^{o}	
$\bar{x}$	1.4	4.3	3.6	6.7	4.9	10.7
t	2.90^{xx}		1.84^{o}		2.40^{x}	

Vi finner att B-gruppen har i genomsnitt signifikant mindre vårdtid under år 1 - 2 och 1 - 5 och en tendens i förväntad riktning år 3 - 5. Under år 1 - 2 och 1 - 5 finner vi en tendens till att fler B-fall har mindre vårdtid och signifikant fler som inte har någon vårdtid alls (χ^2 3.88^{x} resp 4.56^{x}) och som har kortare än 6 månaders vårdtid (χ^2 5.40^{x} resp 3.88^{x}).

Hypotes a verifieras ej, men under år 3 - 5 finner vi en tendens till färre B-fall med beslut om tvångsåtgärd.

Hypotes b verifieras beträffande inskrivningstid för år 1 - 2 och vi finner en tendens för år 1 - 5. Betr inskrivningstillfällen finner vi år 3 - 5 en tendens.

Hypotes c verifieras för år 1 - 5 betr inskrivningstillfällen men ej för tid, förutom att signifikant färre i B-gruppen har någon inskrivningstid alls år 3 - 5.

Hypotes d verifieras för år 1 - 5 och 1 - 2 betr vårdtid på anstalt och för år 3 - 5 finner vi en tendens. För år 3 - 5 och 1 - 5 finner vi en tendens i förväntad riktning betr vårdperioder.

Hypotes e verifieras ej generellt men för år 1 - 2 och 1 - 5 för vårdperioder och -tid finner vi en tendens i förväntad riktning, och signifikant fler i B-gruppen har år 1 - 2 och 1 - 5 ingen vårdperiod och år 3 - 5 finns en tendens till att färre B-fall har 3 eller fler vårdperioder.

Behandlingsmål 3: Att de mest katastrofala följderna av missbruk ska undvikas.

Kriterier: Dödsfall direkt betingade av alkoholintoxikation eller alkoholbetingad sjukdom. Förekomst av fettlever och levercirrhos hos de avlidna, samt alkoholintoxikation i samband med dödsfallen.

Hypoteser: a) Färre dödsfall direkt relaterade till alkoholmissbruk.

b) Lägre förekomst av fettlever och levercirrhos hos de som avlidit.

c) Lägre förekomst av alkoolintoxikation vid dödsfall.

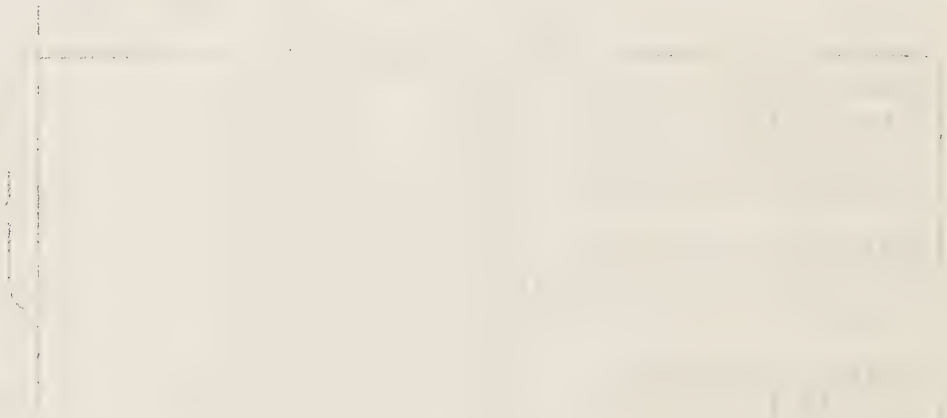
När det gäller dödlighet studerar vi som tidigare berörts hela K-gruppen bestående av 120 individer och observationstiden sträcker sig fram t o m 1975.

Beträffande hypotes a finner vi följande:

Tabell 46

Resultat betr dödlighet med avseende på alkoholmissbruk

	Observationsperiod					
	1-2		3-tom -75		1- tom -75	
	B	K	B	K	B	K
Dödsfall direkt relaterande till alkoholintox el sjukdom som följd av alk-missbruk	0	8	3	11	3	19
Dödsfall ev indirekt relaterande till alk-missbruk	0	2	3	7	3	9
Dödsfall ej relaterande till alk-missbruk	2	0	4	6	6	6
Ej döda	43	109	32	85	32	85
Totalt	45	119	42	109	44	119
χ^2	2.69		.85		4.74	
Uppgift om dödsorsak saknas		1	1		1	1



Under 1 - 2 har 10 K-fall (8,4%) avlidit av dödsorsaker som direkt eller indirekt är relaterade till missbruk, och skillnaden ligger vid gränsvärdet för signifikans på 10%:s nivå. Under år 3 - t o m -75 finner vi ingen skillnad men för hela observationsperioden är det en tendens i förväntad riktning.

När det gäller hypotes b och c kan vi utgå från enbart de fall, av dem som avlidit, som vi har data på i samband med dödsfallen genom obduktion och provtagningar.

Beträffande hypotes b finner vi följande:

Tabell 47

Resultat betr fettlever och cirrhos hos de avlidna

	Observationsperiod 1 - t o m 1975					
	Fettlever		Cirrhos		Fettlever o/el cirrhos	
	B	K	B	K	B	K
Ja	7	21	1	8	7	24
Nej	3	8	9	19	3	7
Totalt undersökta	10	29	10	27	10	31
χ^2	0		.75		0	

Av de avlidna B-fallen som undersökts har 10% cirrhos, motsvarande för de avlidna K-fallen är 30% men med så få fall det rör sig om kan skillnaden inte verifieras.

Beträffande hypotes c finner vi följande:

Tabell 48

Resultat betr etyl och metylintoxikation vid dödsfall

	Observationsperiod 1 - t o m 1975					
	Etylintox		Metylintox		Etyl o/el metylintox	
	B	K	B	K	B	K
Ja	3	20	2	4	4	22
Nej	9	10	10	26	8	8
Totalt undersökta	12	30	12	30	12	30
χ^2	4.44^x		.04		4.24^x	

Vi finner en signifikant skillnad i förväntad riktning när det gäller förekomst av etylintoxikation och av etyl- och/eller metylintoxikation.

Hypotes a verifieras ej men vi finner en tendens för hela observationsperioden år 1 - t o m 1975.

Hypotes b verifieras ej.

Hypotes c verifieras för etylintoxikation och etyl- och/eller metylintoxikation.

Resultat relaterade till hälsa.

Behandlingsmål: Att genom förbättrad situation beträffande sociala förhållanden, missbruk och uppmärksamhet på den egna hälsosituationen, samt styrning av sjukvårdskonsumtionen undvika onödiga sjukhusvistelser.

Kriterier: Antal gånger och tid för sjukhusvård.

Hypoteser: a) Antal gånger som B-fallen vistas på sjukhus är färre och vistelsetiden kortare i synnerhet år 3 - 5.

b) Fler B-fall har färre vistelsetillfällen och kortare vistelsetid i synnerhet år 3-5.

När det gäller hypotes a och b finner vi följande:

Tabell 49

Resultat betr vårdperioder på sjukhus

Antal perioder	Observationsår 1-2 B	1-2 K_M	3-5 B	3-5 K_M	1-5 B	1-5 K_M
0	32	29	17	18	17	17
1 - 2	8	13	15	16	14	16
3 - 4	4	1	8	3	7	5
5 -	1	2	3	6	7	7
Totalt	45	45	43	43	45	45
χ^2	1.84$^-$		3.33$^-$		.47$^-$	
$\bar{x}$	.7	.7	1.5	1.9	2.0	2.5
t	-		.77$^-$		.95$^-$	

Vi finner inga signifikanta skillnader mellan grupperna.

Beträffande vårddagar på sjukhus finner vi följande:

Tabell 50

Resultat betr vårddagar på sjukhus

Vård-dagar	Observationsår 1-2 B	1-2 K_M	3-5 B	3-5 K_M	1-5 B	1-5 K_M
0	32	29	18	18	17	17
1 - 13	4	8	11	8	12	10
14 - 30	3	4	6	5	4	6
31 -	6	4	8	12	12	12
Totalt	45	45	43	43	45	45
χ^2	2.02		1.36		.58	
$\bar{x}$	12.1	14.3	26.3	33.8	37.2	46.6
t	.24		.53		.50	

Inte heller här kan någon skillnad påvisas.

Hypotes a verifieras ej.

Hypotes b verifieras ej.

Resultat relaterade till kriminalitet.

Behandlingsmål: Genom förbättras situtation beträffande sociala förhållanden och missbruk reducerad förekomst av kriminalitet.

Kriterier: Brottstillfällen

Hypoteser: a) Antal brottstillfällen är lägre i B-gruppen.

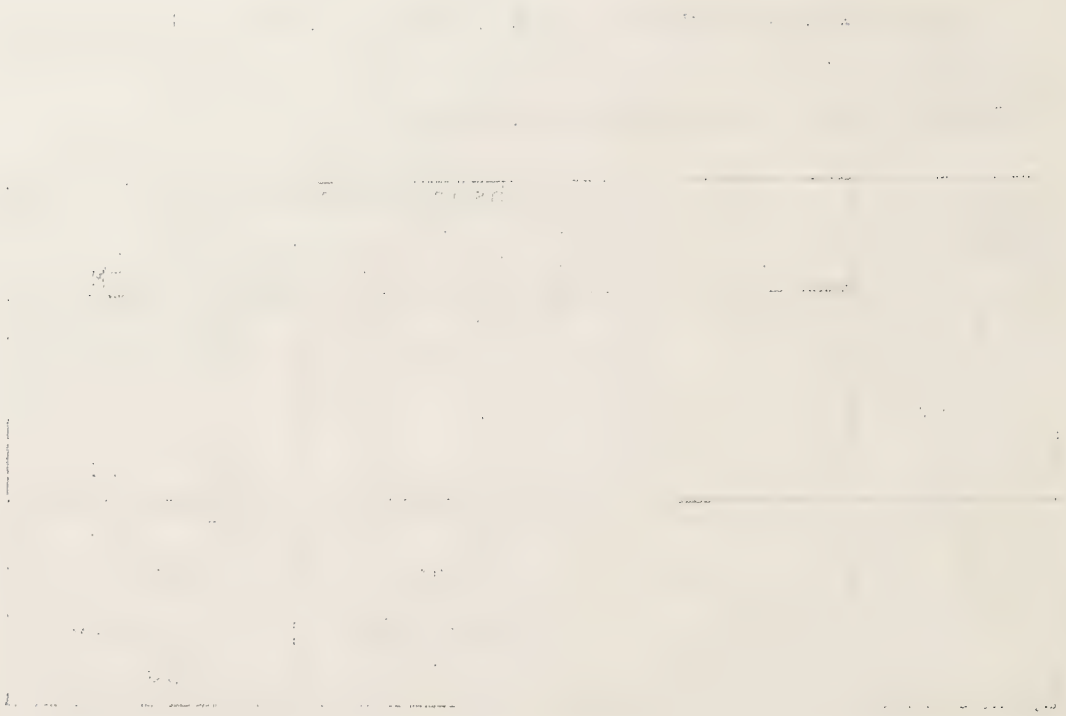
b) Fler B-fall har färre brottstillfällen.

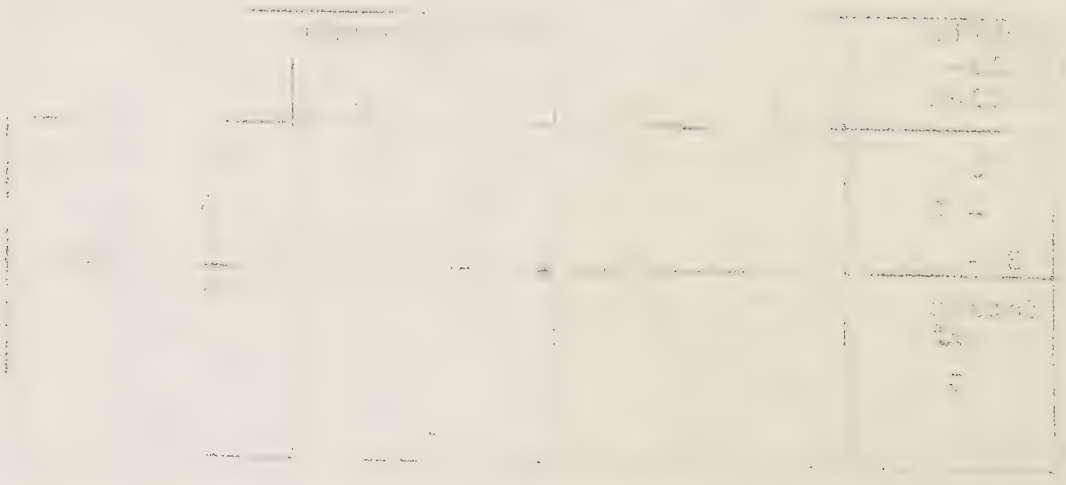
Beträffande hypotes a och b finner vi följande:

Tabell 51

Resultat betr antal brottstillfällen

Brotts-till-fällen	Observationsår 1-2 B	1-2 K_M	3-5 B	3-5 K_M	1-5 B	1-5 K_M
0	34	29	35	35	33	26
1 - 2	3	13	4	4	3	11
3 -	8	3	4	4	9	8
Totalt	45	45	43	43	45	45
χ^2	8.92^{xx}		0		5.46^{o}	
$\bar{x}$	1.1	.6	.5	.6	1.7	1.1
t	1.18		-		.93	





Vi finner ingen sighifikant skillnad mellan medelvärdena för antal brottstillfällen. För år 1 - 2 är det färre som begått brott i B-gruppen men skillnaden är inte signifikant (χ^2 1.32$^-$) och av dem som begått brott är det signifikant fler som har större antal brott (χ^2 5.79^x). Även här har vi således en omvänt U-formad fördelning.

För år 1 - 5 går skillnaderna i samma riktning som för år 1 - 2 men ej signifikant (χ^2 2.41$^-$resp 2.02$^-$).

Hypotes a verifieras ej.

Hypotes b verifieras ej.

Resultat relaterade till bostadssituation.

Behandlingsmål 1: Att ersätta boende på ungkarlshotll och härbärgen med boende i en adekvat livsmiljö.

Kriterier: Boendeperioder och -tid på ungkarlshotell och härbärge.

Hypoteser: a) Antal boendeperioder är färre och boendetiden kortare för B-fallen

b) Fler B-fall har färre perioder och kortare boendetid.

Beträffande hypotes a och b finner vi följande när det gäller boendeperioder:

Tabell 52

Resultat betr boendeperioder på ungkarlshotell och natthärbärgen

Boende-period	Observationsår 1-2 B	K_M	3-5 B	K_M	1-5 B	K_M
0	17	3	15	14	10	3
1 - 2	11	3	11	10	7	3
3 - 4	7	9	7	7	6	2
5 - 9	8	17	6	7	11	17
10 -	2	13	4	5	11	20
Totalt	45	45	43	43	45	45
χ^2	25.93^{xxx}		.27$^-$		11.27^x	
$\bar{x}$	2.8	7.1	3.37	4.79	6.1	11.1
t	4.56^{xxx}		1.02$^-$		2.94^{xx}	

Vi finner att B-gruppen har i genomsnitt signifikant färre boendeperioder under år 1 - 2 och 1 - 5 samt under samma perioder signifikant fler B-fall med färre boendeperioder och färre med 5 eller fler perioder (χ^2 18.0^{xxx} resp 11.07^{xxx}).

Beträffande boendetid finner vi följande:

Tabell 53

Resultat betr boendetid på ungkarlshotell och natthärbärgen

Boendetid, månader	Observationsår 1-2 B	K_M	3-5 B	K_M	1-5 B	K_M
0	17	3	15	14	10	3
- 1	14	8	10	9	11	6
1 - 3	5	16	9	7	7	10
3 - 6	7	5	7	6	10	6
6 -	2	13	2	7	7	20
Totalt	45	45	43	43	45	45
χ^2	25.60^{xxx}		3.19^{-}		13.03^{xx}	
$\bar{x}$	1.4	4.9	1.8	3.3	3.0	8.0
t	3.72^{xxx}		1.57^{-}		3.02^{xx}	

I likhet med vad som gäller boendeperioder finner vi signifikant kortare boendetid för år 1 - 2 och 1 - 5 och fler B-fall med kortare tid och färre med en månad eller längre boendetid (χ^2 17.86^{xxx} resp 7.2^{xx}).

Hypotes a verifieras för år 1 - 2 och 1 - 5.

Hypotes b verifieras för år 1 - 2 och 1 - 5.

Behandlingsmål 2: Minskad rotation mellan olika boende- och vårdinstanser och ökad materiell kontinuitet.

Kriterier: Totalantal vistelseperioder på ungkarlshotell, härbärgen, nykterhetsvårdsanstalt, sjukhus och fängelse.

Hypoteser: a) Antal vistelseperioder är färre för B-fallen.
b) Fler B-fall har färre vistelseperioder.

Vi finner följande beträffande totalantal vistelseperioder:

Tabell 54

Resultat betr totalantal vistelseperioder på ungkarlshotell, härbärge, nykterhetsvårdsanstalt, sjukhus och fängelse

Vistelse-perioder	Observationsår 1-2 B	1-2 K_M	3-5 B	3-5 K_M	1-5 B	1-5 K_M
0	8	1	8	2	5	1
1 - 2	7	3	10	9	6	2
3 - 4	10	3	6	6	4	0
5 - 9	16	17	8	10	9	8
10 - 19	3	18	9	13	16	18
20 - 29	1	3	2	1	2	10
30 -				2	3	6
Totalt	45	45	43	43	45	45
χ^2	22.40^{xxx}		4.80^{-}		13.94^{xx}	
$\bar{x}$	4.7	9.8	6.3	8.5	10.8	17.9
t	4.68^{xxx}		1.31^{-}		3.01^{xx}	

Beträffande hypotes a finner vi en signifikant skillnad i förväntad riktning för år 1 - 2 och 1 - 5.

Beträffande hypotes b finner vi att signifikant fler i B-gruppen har färre perioder för år 1 - 2 och 1 - 5 och färre har 10 eller fler perioder (χ^2 16.01^{xxx} resp 7.9^{xx}).

Hypotes a verifieras för år 1 - 2 och 1 - 5.

Hypotes b verifieras för år 1 - 2 och 1 - 5.

Resultat relaterade till ekonomi.

Behandlingsmål: Utnyttja den befintliga och förbättra arbetsförmågan och därigenom större inkomst som förutsättning för ekonomisk trygghet.

Kriterier: Taxerad inkomst.

Hypoteser: a) Högre medelinkomst för B-fallen.

b) Fler B-fall som har högre inkomst.

För att kunna jämföra grupperna medräknas ej de som respektive period avlidit eller pensionerats.

Beträffande den taxerade inkomsten för de övriga finner vi följande:

Tabell 55

Resultat betr taxerad årsinkomst för de som resp period är överlevande och ej pensionärer

Inkomst i 1000-tal kronor	Observationsår 1-2		3-5		1-5	
	B	K_M	B	K_M	B	K_M
0	13	18	8	3	5	1
- 4	10	14	3	5	7	11
5 - 9	12	4	8	8	8	12
10 -	4	2	8	9	7	1
Totalt	39	38	27	25	27	25
χ^2	6.01^x		2.76^-		5.23^o	
$\bar{x}$	4.3	2.3	7.1	7.1	6.2	5.5
t	2.32^x		-		$.56^-$	

Beträffande hypotes a finner vi signifikant högre medelinkomst för B-fallen år 1 - 2.

Beträffande hypotes b finner vi att det är signifikant fler B-fall som har högre årsinkomst år 1 - 2. År 1 - 5 finner vi en tendens till skillnad mellan B- och K_M-grupperna som betingas av att fler i B-gruppen hör till den högsta inkomstklassen ($\chi^2 3.26^o$) och till dem som inte har någon inkomst (χ^2 1.45^-).

Hypotes a verifieras för år 1 - 2.

Hypotes b verifieras för år 1 - 2 och vi finner en tendens år 1 - 5 till fler B-fall i högsta inkomstklassen.

Resultat relaterade till dödlighet.

Behandlingsmål 1: Att med alla vidtagna åtgärder öka överlevnadsmöjligheterna.

Kriterier: Andel döda och överdödlighet

Hypoteser: Lägre andel döda och lägre dödlighet.

När det gäller dödlighet jämför vi B-gruppen med hela omatchade K-gruppen och överdödlighet i förhållande till rikets befolkning (dödstal 1970) räknades ut för dels år 1 - 2 och dels 3- t o m 1975.

När det gäller antal och andel döda finner vi följande:

Tabell 56

Resultat betr antal döda under observationstiden

	Observationsår					
	1-2		3-5		1-5	
	B	K	B	K	B	K
Döda	2	11	5	12	7	23
Överlevande	43	109	38	97	38	97
Totalt	45	120	43	109	45	120
% döda	4.4	9.2	11.6	11.0	15.6	19.2

Under år 1 - 2 är det en större andel av K-fallen som avlider medan det inte är någon skillnad under år 3 - 5.

Vid en jämförelse mellan gruppernas överdödlighet t o m 1975 finner vi följande:

Tabell 57

Resultat betr antal döda och överdödlighet t o m 1975

	Observationsperiod					
	1-2		3-5		1-5	
	B	K	B	K	B	K
Antal döda (D)	2	11	11	24	13	35
Förväntad antal döda (E)	.55	1.50	2.00	5.11	2.55	6.58
Överdödlighet (D/E)	3.64	7.33	5.50	4.70	5.10	5.32
Överdödlighet för B-gruppen i förhållande till för K-gruppen	.50		1.17		.96	

Överdödligheten i B-gruppen är jämfört med normaldödlighet 3.64 och K-gruppens överdödlighet är dubbelt så stor under år 1 - 2 men skillnaden är inte signifikant. B-gruppen har en obetydligt högre dödlighet än K-gruppen under den resterande observationstiden och för hela tiden sammantaget finner vi ingen skillnad mellan grupperna.

Hypotesen verifieras ej.

Behandlingsmål 2: Att genom förbättrad social och psykisk situation förhindra socialt och psykiskt betingade dödsfall.

Kriterier: Dödsfall betingade av social och psykisk situation.

Hypoteser: Färre dödsfall i B-gruppen betingade av social och psykisk situation.

Vi gör en indelning av dödsfallen med avseende på det aktuella kriteriet (appendix VI) och finner då följande:

Tabell 58

Resultat betr förekomst av dödsfall betingade av social och psykisk situation

	Observationsperiod					
	1-2		3-tom-75		1-tom-75	
	B	K	B	K	B	K
Suicid, förgiftningar, olyckor som följd av momentan ovarsamhet med eget liv	0	6	5	11	5	17
Alkoholsjukdomar, vanvård	0	4	1	7	1	11
Ej betingade av social och psykisk situation	2	0	4	6	6	6
Ej döda	43	109	32	85	32	85
Totalt med uppgifter	45	119	42	109	44	119
χ^2	2.69$^-$		.85$^-$		4.74^o	
Uppgift om dödsorsak saknas		1	1		1	1

Vi finner en skillnad under år 1 - 2 som ligger strax över gränsvärdet för 10%:s signifikansnivå. Under år 3 - t o m 1975 finner vi ingen skillnad medan vi för hela perioden finner en tendens i förväntad riktning.

Hypotesen verifieras ej men för år 1 - t o m 1975 finns en tendens i förväntad riktning.

Sammanfattning och diskussion av skillnader mellan B- och K_M-grupperna under observationstiden.

Det har framgått att vi finner ett stort antal skillnader mellan grupperna varav en del är statistiskt signifikanta. I sammanfattningen av resultaten redovisas skillnaderna i form av kvoten som består av förekomst i absoluta tal i B-grupp i förhållande till K_M-gruppen. Detta relationstal ger en bild av skillnaderna som finns mellan grupperna och beträffande en del skillnader kan det beläggas att de med stor säkerhet inte är betingade av slumpen. De tal som beräkningen av kvoten grundar sig på framgår av tabellerna i föregående avsnitt och dessutom presenteras totalantal för B-gruppen. Givetvis finns ett mycket större antal skillnader än vad som här redovisas men vi väljer att redovisa bara de som kan tyckas ha en relevans när det gäller att ge en överskådlig bild.

Tabell 59

Förekomst i B-grupp i förhållande till i K_M-grupp av företeelser relaterade till alkoholmissbruk, hälsa, kriminalitet, boende, ekonomi och dödlighet.

Effekt-kriterier	Observationsår 1 - 2		3 - 5		1 - 5	
	Total antal i B-grupp	Antal i B-grupp i förh. till i K_M-grupp	Total antal i B-grupp	Antal i B-grupp i förh. till i K_M-grupp	Total antal i B-grupp	Antal i B-grupp i förh. till i K_M-grupp
Alkoholmissbruk:						
Fylleriförseelser, antal	374	.52°	684	1.24	1058	.83
10 el fler gånger, ind	14	.64°	16	.76	23	.88
Beslut om tvångsåtgärd, ind	14	.93	12	.60°	22	.88
" tvångsintagning, ind	9	.75	6	.50	12	.63
Nykterhetsvårdsanstalt,						
nya inskrivn.tillf.antal	13	.72	16	.44°	29	.62
nyinskrivna, ind	11	.85	11	.69	12	.57x
inskrivningstid, mån	182	.50x	298	.64	480	.58°
inskrivna, ind	16	.73	13	.59°	18	.72
vårdperioder, antal	45	.59	56	.55°	98	.55°
vårdade, ind	12	.57x	13	.65	14	.58x
vårdtid, mån	64	.33xx	156	.54°	220	.46x
vårdade 6 mån el mer, ind	5	.36x	11	.65	12	.57x
Dödsfall som dir.följd av alk[a], ind	0	0%/6,7%	3	.70	3	.43°
Fettlever hos de avlidna[a] ind.					7/10	.97
Levercirrhos " " [a] ind.					1/10	.33
Alkoholintox " " [a] ind.					4/12	.45x
Hälsa, sjukvård:						
Vårdperioder på sjukhus antal	30	.91	65	.80	95	.82
Vårdtid på sjukhus, dagar	546	.85	1131	.78	1677	.80
Kriminalitet:						
Brottstillfällen, antal	50	1.72	26	1.30	76	1.55
Begått brott, ind.	11	.69	10	1.0	12	.63

Effekt-kriterier	Observationsår 1 - 2		3 - 5		1 - 5	
	Total antal i B-grupp	Antal i B-grupp i förh. till i K_M-grupp	Total antal i B-grupp	Antal i B-grupp i förh. till i K_M-grupp	Total antal I B-grupp	Antal i B-grupp i förh. till i K_M-grupp
Boende:						
Ungkarlshotell+härbärgen						
Boendeperioder, antal	128	.40^{xxx}	145	.70	273	.55^{xxx}
" 5 el fler, ind	10	.33^{xxx}	10	.83	22	.60^{xxx}
Boendetid, mån	62	.28^{xxx}	72	.51	134	.37^{xx}
" 1 mån el mer, ind	14	.41^{xxx}	18	.90	24	.67^{xx}
Totalantal vistelseperioder på ungkarlshotell, härbärge, anstalt, sjukhus, fängelse antal	212	.48^{xxx}	271	.74	483	.60^{xx}
" 10 el fler ggr, ind	4	.19^{xxx}	11	.69	21	.62^{xx}
Ekonomi:						
Tax.inkomst[b] $\bar{x}$ kr	4300	1.87^{x}	7100	1.0	6200	1.13
" " , mer än 5000:- ind	16	2.6 ^{x}	16	.87	15	1.07
Dödlighet:						
Döda, ind	2	.48	5	1.06	7	.81
Överdödlighet [a]	3.64	.50	5.50	1.17	5.1	.96
Dödsfall betingade av social och psykisk situation [a] ind	0	0%/8.4%	6	.87	6	.58^{o}

a) Jämförelsen gäller för hela ursprungliga K-gruppen och för år 1-2, 3 t o m 1975, 1 - t o m 1975.

b) Gäller 1969-70 resp 1971-73 som stort sett motsvarar år 1-2 resp 3-5.

För att i det fortsatta resonemanget skilja de skillnader som är signifikanta eller där vi finner en tendens från de övriga ej säkerställda skillnaderna markeras detta med symbolerna för signifikans resp tendens ställda inom parentes.

Beträffande alkoholmissbruk finner vi följande:

Behandlingsmål 1: (mer moderata alkoholvanor) tycks i viss mån ha uppnåtts under år 1 - 2. Antalet fylleriförseelser reducerades då med ungefär 50% (^{o}) och antal individer med stort antal fyllerier reducerades med en tredjedel (^{o}). Under år 3 - 5 är det fortfarande 25 % färre individer med stort antal fyllerier men i genomsnitt har B-gruppen fler fyllerier vilket betingas av att de i B-gruppen som har 10 eller fler fyllerier har signifikant fler än motsvarande i K_M-gruppen (t 2.26^{x} f=35). Detta kan vara uttryck för att en negativ effekt av behandlingen kan tänkas uppstå som följd av att det intensiva behandlingsarbetet aktualiserade många problem och väckte förhoppningar som senare inte kunde infrias.

En annan möjlig tolkning är att den omfattande berusningen trots att den så ofta ledde till fylleriförseelser inte medförde så socialt destruktiva situationer att anstaltsintagning blev aktuell. De i B-gruppen med många fylleriförseelser hade 30% mindre anstaltstid än motsvarande grupp i K_M-gruppen men skillnaden är inte signifikant (t= .86) och den observerade skillnaden är inte så stor att den helt kan förklara skillnaden beträffande fylleriförseelser.

Beträffande behandlingsmål 2 (mer måttliga alkoholvanor och mindre destruktivt sätt att handskas med den sociala situationen och därigenom mindre ingripanden från nykterhetsvård och behov av anstaltsvård) finner vi för år 1 - 2 att tvångsåtgärder vidtogs lika ofta för båda grupperna men att den tid som B-fallen stod under nykterhetsvårdsanstalts kontroll var kortare (^{x}), vårdtiden var kortare (^{xx}), färre individer var intagna på anstalt (^{x}) och färre hade lång vårdtid (^{x}). Detta skulle kunna vara uttryck för en äventyrlig vårdpolitik när det rör sig om så svåra miss-

brukare som här är fallet vilket dock motsägs av att ingen i B-gruppen avlider under år 1 - 2 till följd av alkoholintoxikation eller -sjukdom, att jämföra med 6,7% av hela omatchade K-gruppen.

Under år 3-5 reduceras nykterhetsvårdens beslut om tvångsåtgärder ytterligare (x) och därav beslut om tvångsintagning med 50%. Nya inskrivningstillfällen på anstalt reduceras med 55% (o) och antal individer som är inskrivna på anstalt reduceras med 40% (o). Antal vårdperioder (o) och vårdtid (o) på anstalt reduceras med 45% och antal individer med 3 eller fler vårdperioder är 50% färre (o). 3 B-fall dör som följd av alkoholintoxikation eller -sjukdom vilket är 30% mindre än i K-gruppen.

För hela observationstiden blir den sammantagna effekten som kan beläggas att 40% färre ställs under anstaltens kontroll (x) och inskrivningstiden reduceras med 40% (o). Vårdperioderna är 45% färre (o), 40% färre är vårdade på nykterhetsvårdsanstalt (x), vårdtiden reduceras med 55% (x) och 40% färre har lång vårdtid (x).

Samtidigt finner vi beträffande behandlingsmål 3 (att de mest katastrofala följderna av alkoholmissbruk ska undvikas) att antalet dödsfall som har samband med alkoholmissbruk reduceras med närmare 60% (o) och bland dem som avlidit finner vi färre fall med levercirrhos och antalet som är alkoholintoxikerade i samband med dödsfallet reduceras med 55% (x).

Beträffande Hälsa - sjukvård finner vi följande:

Behandlingsmål (att onödiga sjukhusvistelser skulle undvikas) har inte nåtts i någon väsentlig utsträckning. B-fallen har under år 3 - 5 visserligen 20% färre vårdperioder och kortare vårdtid på sjukhus men denna skillnad är rätt obetydlig. Som tidigare berörts är detta kriterium så mångdimensionellt att det är svårtolkat. Vi nöjer oss därför med att konstatera att grupperna var på sjukhus ungefär lika ofta och länge.

Beträffande kriminalitet och därmed förbundet behandlingsmål (att reducera förekomst av kriminalitet) finner vi att antal individer i B-gruppen som begår brott år 1 - 2 är 30% färre, år 3 - 5 lika för grupperna och att totaleffekten blir att antal individer med brott reduceras med närmare 40%.

Av dem i B-gruppen som begår brott år 1 - 2 är det dock fler individer som har fler brott (x). Under år 3 - 5 minskar antal i B-gruppen som har många brott och är då lika som i KM-gruppen. En förklaring till att de i B-gruppen som begått brott år 1 - 2 har ökat antal brottstillfällen är svår att finna men tänkbart är att brottsligheten kan vara ett utagerande av emotionella konflikter som aktualiseras i behandlingen. I vissa fall kan brotten vara uttryck för ett försök att avbryta behandlingen.

Beträffande boendesituation finner vi följande: När det gäller behandlingsmål 1 (att ersätta boende på ungkarlshotell och härbärgen med boende i en adekvat livsmiljö) finner vi för år 1 - 2 att antal boendeperioder på ungkarlshotell och härbärgen reduceras med 60% (xxx), att boendetiden reduceras med 70% (xxx) och att antal individer med 5 eller fler boendeperioder resp en eller flera månaders boendetid reduceras med 60-65% (xxx). Man kan tycka att denna effekt egentligen är självklar eftersom B-fallen får bo inom Krukis-verksamheten och därför inte samtidigt kan bo på ungkarlshotell och härbärgen. Det man dock inte ska glömma är att det från början inte var självklart att de hemlösa skulle föredra att vistas i ett känslomässigt intensivt och krävande klimat framför att vistas på ungkarlshotell och härbärgen där de krav som ställs är helt inom ramen för den delkulturella orienteringen och där en rätt stor anonymitet råder. Anammandet av den delkulturella orienteringen och kompetensen har inte skett av en tillfällighet utan har ett anpassningsvärde i den situation den hemlöse befinner sig. Att de hemlösa som ingår i B-gruppen i så stor utsträckning skulle stanna på behandlingshemmet

och också binda sig till de människor som arbetade där var oväntat. Mindre oväntat var att en del i gästgruppen på behandlingshemmet samtidigt försökte upprätthålla den delkulturella orienteringen och även försökte förmå andra gäster att göra så, men detta var då ett problem som kunde förläggas inom ramen för behandlingsarbetet. Under år 3 - 5 är fortfarande antalet boendeperioder reducerade med 30% och boendetiden med 50% men skillnaden mellan B- och K_M-grupp är då avsevärt mindre än under år 1 - 2. Det är inte osannolikt att skillnaden i större utsträckning hade kunnat bestå om man inom Krukisverksamheten hade kunnat få tillgång till fler små boendeannex men under större delen av observationstiden disponerades endast ett annex med 10 platser. Den sammantagna effekten för hela observationstiden blir dock att antal boendeperioder reduceras med 45% (xx) och boendetiden med drygt 60% (xx), och att antal individer med många boendeperioder och längre boendetid reduceras med 40% (x) resp 35% (xx).

Beträffande behandlingsmål 2 (minskad rotation mellan olika boende- och vårdinstanser och ökad materiell kontinuitet) finner vi i likhet med vad som gäller enbart boende på ungkarlshotell och härbärgen markant färre vistelseperioder år 1 - 2 då totalantalet perioder reduceras med 50% (xxx) och antal individer med 10 eller fler perioder med 80% (xxx). För år 3 - 5 har B-fallen 25% färre vistelser och 30% färre individer har stort antal vistelser. Totaleffekten för hela observationstiden är att totalantal vistelser reduceras med 40% (xx) och antal individer med stort antal vistelser är 40% färre (xx).

När det gäller ekonomi och därmed förbundna behandlingsmål (större inkomst genom arbete som förutsättning för ekonomisk trygghet) finner vi att de överlevande ej pensionerade B-fallens genomsnittliga årsinkomst år 1 - 2 är 1.87 (x) av K_M-fallens och att fler i B-gruppen hörde till den högre inkomstgruppen (x). Under år 3 - 5 finner vi ingen skillnad i genomsnittsinkomst och något fler med lägsta inkomst.

För hela observationstiden finner vi en tendens till skillnad mellan grupperna som betingas av att fler i B-gruppen hör till högsta inkomstgruppen (°) och att något fler i B-gruppen är helt utan inkomst. I K_M-gruppen är 2 individer fler än i B-gruppen förtidspensionerade vilket givetvis påverkar antal som återfinns i gruppen med lägsta inkomst.

När det gäller dödlighet finner vi beträffande behandlingsmål 1 (att öka överlevnadsmöjligheterna) att överdödligheten är 50% lägre i B-gruppen år 1 - 2 och obetydligt högre år 3 - 5. För hela observationstiden sammantaget finner vi ingen skillnad.

Beträffande behandlingsmål 2 (att förhindra socialt och psykiskt betingade dödsfall) finner vi att ingen i B-gruppen och 8,4% i K-gruppen dör av socialt och psykiskt betingade orsaker. Under år 3 - 5 ligger B-gruppens andel döda i dessa orsaker obetydligt under K-gruppens men för hela observationstiden t o m 1975 finner vi att dödsfall som är socialt och psykiskt betingade reduceras med 40% (°).

En slutsats som vi kan dra är att vi lyckades skapa en av de centrala förutsättningarna för att överhuvudtaget kunna bedriva ett intensivt behandlingsarbete med hemlösa, nämligen att de hemlösa föredrog att vistas i en känslomässigt intensiv och krävande miljö framför i deras delkulturorienterat dominerade traditionella miljöer. De mest framträdande effekterna erhölls under de första två observationsåren då arbetet pågick som mest intensivt. Visserligen kvarstår effekter i många avseenden även därefter men är då mindre framträdande vilket kan motivera slutsatsen att endast ett kontinuerligt behandlingsarbete som långsamt avtar med åren kan säkra bestående effekter.

Kapitel 16

BEHANDLINGSFÖRLOPP OCH UTVECKLING AV SOCIAL ANPASSNING.

Social anpassning vid olika tidpunkter.

Den effektmätning som vi hittills redovisat ger en ytterst framentarisk bild av hur det kom sig att det uppstod skillnader inom B-gruppen och mellan B- och K-fallen eller att skillnader som borde varit där ej kunder återfinnas. Den ger inte heller någon ökad förståelse av hur det går till att uppnå - eller att misslyckas uppnå - en förändring och förbättrad livssituation. Att ge denna processaspekt sin rätta omfattning och precision måste falla utanför ramen för denna skrift men kan inte helt utelämnas eftersom en viss förståelse av den komplexa verklighet som döljs bakom effekter i effektmätningens mening är en förutsättning för att effektmätningen ska bli förståelig. Effektmätningen utgör mätning av effekter som rör behandlingsarbetets förhållandevis perifera aspekter vilket är en nödvändig följd av att K-gruppen är för oss förhållandevis okänd, samt att behandlingens centrala aspekter inte kan bli föremål för mätning.

Vi finner i föregående avsnitt en stor spridning beträffande olika variabler inom B-gruppen. Som ett första steg ska vi försöka utröna om de skilda individuella förutsättningar med vilka B-fallen kommer i kontakt med Krukis avspeglas i hur situationen blev ett antal år senare. 1976 intervjuades de som överlevt, och då sammanställdes och tolkades allt det material som vi hade (se appendix IV betr material).

I samband med sammanställningen av materialet 1976 genomfördes en skattning av social anpassning enligt samma skala och förfarande som tillämpades när B-fallen kom till behandlingshemmet 1967-69 och som användes i beskrivningen av B-gruppens bakgrund och de första årens arbete inom Krukisverksamheten (Norman & Schulze 1970). Även de som avlidit under observationstiden t o m 1975 skattade. Denna skala är

mångdimensionell och får betraktas som en klassifikation. Trots dess brister bibehölls skalan oförändrad vid skattningen 1976 för att en jämförelse med tidigare skattningar skulle vara möjlig.

Med "rätt väl anpassad till socialt icke accepterad miljö" i kategori 3, menas ett relativt stabilt boende men i någon form av specialbostad som t ex förläggningar i anknytning till AMS-arbeten där flertalet hör till kategorien hemlösa eller missbrukare och även annex inom Krukis får i detta sammanhang betraktas som en sådan form av specialbostad, - och samtidigt en så förhållandevis stabil social situation att samhällskonflikter och vård förekommer mer sällan än för kategori 1 eller 2.

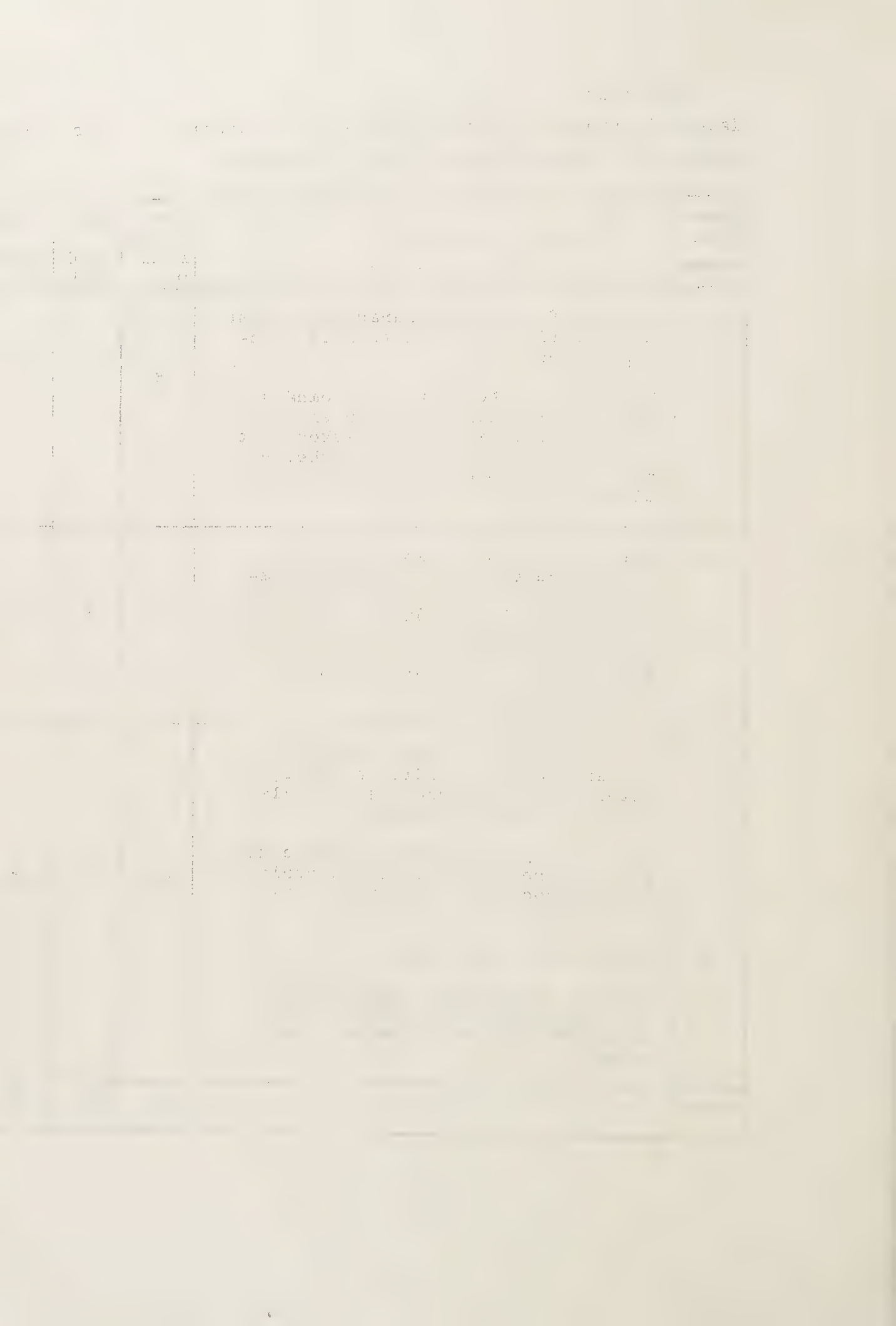
Med "socialt anpassad" i kategori 5 avses i kontrast mot kategori 3 att tillhörigheten i de hemlösas delkultur är mer perifer och anammandet av de normer som är mer allmänt förhärskande i samhället har en större betydelse. Av formuleringarna av de olika kategorierna framgår att förhållandet till arbete hade en stor betydelse vid skattningen 1967-69, en faktor som 1976 har något mindre vikt eftersom många är pensionerade och tillgången på arbete är avsevärt sämre.

Vi finner då följande kategorisering av de 32 överlevande och 13 avlidna B-fallen med avseende på social anpassning 1975 resp året före dödsfallet. Siffrorna i de tre högra kolumnerna i tabellen avser samtliga individer sammantagna för de kategorinummer som åtskiljas av ett streck.

Tabell 60

Kategorisering med avseende på social anpassning vid obs-tidens utgång för överlevande resp döda i B-gruppen.

Kategori, nummer	Kategori, innehåll	Överlevande antal ind	Döda antal ind	Totalt antal ind
1	Socialt förkommen. Klarar sig endast kortare tider eller inte alls utanför sluten vård.	8	4	12
2	Täta samhällskonflikter el omhändertaganden (sällan mindre än en gång pr år). Alt. ringa samhällskonflikt eller vård, men stora svårigheter att klara arbete och sociala relationer.			
3	Rätt välanpassad i socialt icke accepterad miljö. Tillfälliga samhällskonflikter el omhändertaganden (sällan mer än en gång pr år). Alt. ingen el enstaka samhällskonflikter el vård men periodvis påtagliga svårigheter att klara arbete el sociala relationer.	11	6	17
4	Ingen el enstaka samhällskonflikt el vårdbehov. Tillfälliga svårigheter att klara arbete el sociala relationer kan förekomma.	13	3	16
5	Socialt anpassad. Sköter arbete men utan större intresse. Långa perioder av goda sociala relationer ex.vis i äktenskap.			
6	Samma som 7 fast mindre.			
7	Socialt välanpassad. Rikt socialt liv. Väletablerade kontakter. Intresserad och kvalificerad i sitt arbete.			
Totalt		32	13	45



Vi ser att av hela B-gruppen uppnådde 35% en mer eller mindre god storsamhällsorienterad social anpassning och av de överlevande hör 40% till denna kategori medan en fjärdedel av samtliga resp av de överlevande var mer eller mindre socialt förkomna.

Vid observationstidens början gjordes en skattning enlingt samma kategorisering av den maximala storsamhällsorienterade sociala anpassning som efter 21 års ålder förekommit under två år i följd. Denna skattning grundade sig på intervjuer, registerdata och vårdjournaler. Med utgångspunkt från denna skattning ser vi hur utfallet blev vid observationstidens slut.

Tabell 61

Samband mellan maximal anpassning och anpassning vid observationstidens slut

Maximal anpassning, kategori	Anpassning vid obstidens slut		Totalt
	1-3	4-	
1 - 2	11	2	13
3	3	5	8
4 -	15	9	24
Totalt	29	16	45
χ^2	4.88°		

Vi ser att det finns en tendens till att de som någon gång haft en fungerande social anpassning, även om den varit till en socialt icke accepterad miljö, också oftare uppnår en mer storsamhällsorienterad anpassning.

Vid observationstidens början var alla socialt förkomna eller anpassade till socialt icke accepterad miljö och vi undersöker sambandet mellan den då aktuella anpassningen och den vid observationstidens slut.

Tabell 62

Samband mellan anpassning vid observationstidens början och observationstidens slut

Obs-tidens början, kategori	Anpassning vid obs-tidens slut 1-3	4-	Totalt
1	11	1	12
2	14	9	23
3	4	6	10
Totalt	29	16	45
χ^2	6.62[x]		

De som vid observationstidens slut funnit en mer storsamhällsorienterad anpassning hörde i signifikant högre grad till dem som inte var helt socialt förkomna vid observationstidens början.

Vid slutet av 1969 då den första arbetsperioden var till ända gjordes, efter i genomsnitt 1 1/2 års observationstid, ånyo en skattning.

Tabell 63

Samband mellan anpassning vid slutet av 1969 vid den första arbetsperiodens slut och vid observationstidens slut för de överlevande t o m 1969

Anpassning vid slutet av -69, kategori	Anpassning vid obs-tidens slut 1-3	4-	Totalt
1 - 2	18	2	20
3	5	8	13
4 -	4	6	10
Totalt	27	16	43
χ^2	10.76[xx]		

Vi ser att det är en signifikant skillnad mellan de som då fortfarande var mer eller mindre socialt förkomna (kategori 1-2) och de som hade uppnått någon mer stabil anpassning.

Flertalet i kategori 4 1969 som vid observationstidens slut hade en mer storsamhällsorienterad social anpassning (kategori 4-) hörde till den grupp som under lång tid bott på annex och därefter flyttat till egna lägenheter.

Fyra enskilda förlopp.

För att närmare belysa det förlopp som ryms bakom utfallet för de överlevande 1975 beskrivs ett fall som kategoriseras som hörande till de socialt förkomna ("Arne"), ett som hör till de rätt välanpassade i socialt icke accepterad miljö ("Birger") och två som funnit en mer storsamhällsorienterad anpassning ("Bertil", "Holger").

Fallbeskrivningarna har karaktär av porträtt som presenteras huvudsakligen i vardagsspråk men vissa mer speciella begrepp har emellanåt använts. Med adaptation menar vi den anpassning som inte grundar sig på en konformistisk underkastelse utan snarare på ett försök antingen att ändra omvärlden så att den motsvarar egna ideal, önskningar och behov eller att söka en annan omgivning som motsvarar dessa egna krav (Lampl-de Groot 1966, Spradley 1970). Delkulturbegreppet har redan berörts i samband med definition av "hemlös" och med storsamhällsorienterad anpassning avser vi de anpassningsformer som ej är delkulturorienterade. Med överlevnadsstrategi avses det sätt på vilket individen handlar för att utveckla en strategi för att handskas med den totala livssituationen. Med strategi avses ett planmässigt sätt att handskas med en motståndare eller med situationen för att nå ett mål bl a genom att lura motståndaren. (The American college dictionary, 1955). Vi använder begreppet strategi med denna innebörd, överförd på individens sätt att handskas med sin inre och yttre värld (Spradley 1970). Planmässigheten som vi finner i överlevnadsstrategien växer fram under ett livslångt försök som individen gör, att anpassa sig till de yttre levnadsbetingelserna och den egna personligheten.

De psykologiska begrepp som förekommer (idealisering, försvar, projektion, förnekande, könsidentifikation, jag-ideal, psykos, passivitet, internalisering, objekt) härrör utsprungligen från den psykoanalytiska begreppsapparaten (Laplanche & Pontalis 1973, Mangs & Martell 1974) och används också i mer allmän dynamisk psykologi. Med marginalitet avses den situation då tillhörighet i två delvis olika kulturer medför att man inte blir helt accepterad i någon av dem, (Arnold 1970).

Dessa enskilda fall är unika men de problem som berörs och sätt som dessa individer har att handskas med problemen kan kännas igen hos många andra. Fallbeskrivningarna presenterar en tolkning av ett omfattande material (se appendix IV) som inte utesluter andra tolkningar som skulle kunna utformas vid förnyat materialstudium eller med andra begrepp som utgångspunkt. De tolkningar vi presenterar är inte uttömmande och rör mer sambandet mellan psykisk situation, delkultur, behandling och närmaste omvärld än mellan dessa aspekter och t ex samhällsaspekter.

"Arne" - som exempel på pendling mellan delkulturinteraktion och passivt omhändertagande som överlevnadsstrategi.

Arne hör till den grupp av 12 i hela B-gruppen, och 8 av de överlevande som är socialt ganska förkomna. I samtliga dessa fall utgör delkulturorienteringen, det kraftiga alkoholmissbruket och passiva omhändertagandet viktiga element i deras sociala situation. Detta gällde flertalet i hela B-gruppen vid observationstidens början och med detta fall vill vi belysa de element i förloppet och i den psykiska situationen som gör att situationen förblir oförändrad.

Arne är född på 1920-talet i ett litet glesbygdssamhälle i ett fattigt arbetarhem som nr 7 av 10 syskon. Han vistades under hela sin barndom i föräldrahemmet. Hade inga myndighetskontakter under uppväxten. Efter värnplikten arbetade han med anläggningsarbeten, varvat med skogsarbeten. Med jobben följde ofta boende i baracker, där alkoholmissbruk ofta förekom.

Han gifte sig i slutet av 40-talet och fick 5 barn. Tyckte att han skötte sin familj bra, men det började uppstå alltmer familjekonflikter som följd av ett visst alkoholmissbruk. Bristen på arbete och lockelsen om stora förtjänster och sannolikt även önskan att komma bort från familjeproblemen drev honom till Stockholm. Han arbetade i det tyngsta och hårdaste arbete som också gav stora förtjänster. Bodde i baracker. Skickade hem en del pengar till familjen, men stora delar av förtjänsten gick åt till alkohol. När han kom hem efter att ha varit i Stockholm en längre period, blev han för första gången tvångsintagen för nykterhetsvård. Makarna separerade.

Arbetade därefter med skogsarbeten, anläggningsarbeten och vägarbeten på olika ställen i landet och bodde i allmänhet i baracker. Tog sig periodvis hem igen men kände sig utskämd i hemtrakten genom spritmissbruket. Blev emellanåt tvångsintagen för sitt alkoholmissbruk. Missbruket blev alltmer omfattande och ledde ibland till att han förlorade arbetet.

Kom till Krukis 1967, var då 43 år gammal. Han var mycket svårt alkoholiserad, hans alkoholkonsumtion och -tolerans var extremt hög. Kunde ta sig hem och gå tre trappor upp till sitt rum med nära 5°/oo alkohol i blodet. Hans egen bild av missbruket var vag, tyckte dels att problemen var lindriga och dels att han var alkoholist. När han blev känslomässigt provocerad blev han handfallen och hämmad och visste inte alls vad han skulle göra med sina känslor. Kände sig då värdelös och rädd för att andra skulle tro att han var tokig. Det som kunde ge honom en känsla av värde och stolthet var att arbeta riktigt hårt, vilket han emellanåt kunde göra i behandlingshemmets verkstad. Han värderade alltid det goda "kamratskapet" högt, vilket när det gäller förhållandet till de andra gästerna innebar ett krav på konformitet gentemot de normer som gäller i de hemlösas delkultur. De gäster som ville bryta sig loss var svikare

som tillrättavisades med att "du ska nog bara vara tyst och inte yttra dig om det här". "Man ska inte branda, (förråda, avslöja) aldrig snacka skit och aldrig diskutera varandra". Arne blev en av dem som mest envist försökte upprätthålla den delkulturella orienteringen.

"Kamratskapet" med personalen var något som man som personal kände och man tyckte om honom. I den enkla vardagliga samvaron kände han sig tillfreds men vid minsta antydan till att samtalet rörde honom själv eller hans situation kände han sig angripen: "Va fan ska ni skälla om nu då?" Även i en situation utan varje emotionell provokation kunde han känna sig angripen som t ex när han kom in berusad och man hälsade på honom, kunde han svara: "va fan skäller du för?"

Vissa perioder gick det relativt bra för Arne. Han arbetade och drack inte så våldsamt. Efter nästan 2 år flyttade han till en annan institution där situationen efter en tid förvärrades och han blev åter bostadslös. Han återvände till Krukis men hade fått en svår alkoholskada som gjorde det svårt för honom att arbeta och klara sig själv. Hans beroende av institutionen hade ökat. Han hade också förtidspension.

Man försöker ihärdigt att få Arne att minska sitt alkoholmissbruk då hans skada tenderar att bli allt sämre genom alkohol. Man Arne säger om sin skada: "Det är vad dom andra säger alltså, att jag har supit så mycket och ätit för litet. Vad det är, det är att jag slog omkull på isen 1934, det är det som har gjort det." Han har svårt att handskas med vetskapen att drickandet skadar honom så svårt, han helt enkelt förnekar sambandet. Ofta överväldigas han av intensiva självanklagelser och skuldkänslor men han kan själv inte beskriva vad han upplever, kan inte fånga känslan. Även skamkänslor blir oklara för honom själv, som t ex när han skulle åka och hälsa på en gammal Krukisvän. När man skulle ge sig iväg gömde sig Arne, inte på det vanliga stället utan på ett ställe där man verkligen inte kunde

hitta honom. Efteråt sa han att han var rädd att hans gamla vän skulle skämmas för honom. Att han själv skäms när han ska möta en Krukis-vän som det gått bra för, blir svårt för honom att bära.

Samtidigt som han har en oförmåga till introspektion och att känna sig in i andra människor har han en ovanlig upplevelserikedom och sensibilitet i förhållande till naturen. I den nära kontakten med naturen är han i harmoni, han har en naturkänsla som vore han ett med naturen. Även i den mer konfliktfyllda vardagssituationen i storstaden och på Krukis blir han på ett sätt ett med omvärlden. När han skäms upplever han det som att andra skäms för hur han är, när han anklagar sig och har dåligt samvete går han till angrepp mot omvärlden, "va fan skäller du för". Att han blivit kroppsligt skadad av att han druckit för mycket förnekar han och upplever att det beror på en olyckshändelse för 40 år sedan. Genom projektion och förnekande blir det som om han frikopplar sig själv och ur bearbetningssynpunkt går på tomgång. Han accepterar inte det psykiska lidande som t ex upplevelse av skuld, skam, otillfredsställelse, ångest, konflikt utgör. Lidande orsakas av de krav realiteten ställer, men Arne accepterar inte lidandet och accepterar därför inte verklighetens krav. Denna förskjutning till omvärlden av egna egenskaper och känslor gör att hans egna handlingar blir obegripliga till sina konsekvenser för honom själv. Han får själv inget facit på när han själv tycker att hans handlingar stämmer mot hans egna värderingar eller ej. Hans eget styrinstrument för sina handlingar blir för grovt när han är i konfliktfyllda och motsägelsefulla situationer. Livet på parkbänken tillsammans med andra missbrukare är styrt av enkla begripliga normer som handgripligen upprätthålls och inbegriper också den passiva tillfredsställelsen av berusning.

Ju mer omvärlden engagerar sig desto mer stabilt blir detta mönster. Han tvingar personalen att hjälpa honom att ta hand om honom eftersom han så ofta är hjälplös och eländig, den hjälp han får är också en frestelse "att sätta sig i personalens famn" och stanna där, att ge efter för en önskan om passiv tillfredsställelse. Denna frestelse upplever Arne som ett hot mot de föreställningar han har om hur man ska vara som man, ett hot som genom hans vacklande könsidentifikation blir honom övermäktigt. Den passivitet, vekhet och ömhet som är ett drag hos Arne omvandlas nu till ett hot från omvärlden som han vänder sig mot. Denna motsättning mellan passivitet och vacklande könsidentifikation framträder även i t ex Rorschach-test.

Genom intervjuer, psykologiska undersökningar och iakttagelser i en mångårig kontakt har vi således tyckt oss finna ett flertal faktorer som ofta karakteriserar Arnes psykiska situation och som har stor betydelse för hans sociala situation och pendling mellan passivt omhändertagande och delaktighet i delkultur.

Under det andra året som Arne bodde på Krukis, innan han flyttades till en stor halvöppen institution för hemlösa, hade han börjat arbeta ganska regelbundet, var ofta en mycket duktig arbetare och alkoholmissbruket började avta något. Det skulle kunna förstås som ett tecken på att den konflikt som råder mellan jagideal och könsidentifikation samt mellan dessa och strävan efter passiv tillfredsställelse blivit mindre påtaglig. Arne ville inte flytta, han sa att "då förlorar jag ju mitt hem", men accepterade ändå så småningom och försökte rota sig på den andra institutionen. Att de intensiva emotionella relationerna avbröts samt att den andra institutionen var emotionellt mycket lågintensiv kan sannolikt förklara att Arne misslyckades och åter blev bostadslös.

När Arne återkommer till Krukis lyckas han inte återuppta den positiva utveckling han började genomgå innan han flyttade och den kroppsliga skadan ökar hans hjälplöshet vartill förtidspensioneringen, som i för sig var väl motiverad på grund av hans skada, även bidrar. Därmed ökar hans konflikt mellan jagideal och könsidentifikation vilket också innebär att han blir mer försvarslös gentemot passiva strävanden med ökad ångest som följd. I och med att hans försvar fortfarande ofta karakteriseras av externalisering och förnekande, leder den ökade ångesten till berusning och delkulturinteraktion.Situationen ger intryck av att vara mycket låst.

Och hur kan en förändring tänkas åstadkommas? Troligt är att de stabila känslomässiga relationerna återigen kan medföra en viss bearbetning av de konflikter som upprätthåller systemet och att kontinuiteten, såväl den emotionella som den materiella, ger en viss passiv tillfredsställelse som dock inte står i konflikt mot hans jagideal. Troligt är också att det svåra trauma som kroppsskadan utgör, och även att han nu börjar bli äldre, på lång sikt leder till en resignation när det gäller hans krav på sig själv och

krav på spänningsfrihet. Frågan är dock om han hinner uppnå dessa möjliga förändringar på lång sikt så länge som berusningen är så lättillgänglig för honom som den nu är. Det boendealternativ man givetvis kommer att tänka på i första hand är ett som utesluter möjlighet till berusning. Men hur ser ett sådant vård- och boendealternativ ut som samtidigt inte enbart innebär en asyltillvaro med alla dess destruktiva effekter? Det vore sannolikt möjligt att utforma en sådan livsmiljö, men det har så vitt vi vet ännu inte skett.

"Birger" - som exempel på rekonstruktion av ett fungerande vardagsliv som upprätthålls genom primärgruppsrelationer i specialarrangerat boende.

Birger hör till den grupp av 17 av hela B-gruppen och 11 av de överlevande som kategoriserats som rätt välanpassade i socialt icke accepterad miljö.

En man som har varit hemlös är i de flesta fall ensamstående och kommer att så förbli. Oftast står då valet mellan att leva ensam, eller tillsammans med andra hemlösa. I de flesta miljöer där hemlösa bor tillsammans råder misär, ofta både materiell, social och ibland också emotionell. För många är dock detta alternativ förenligt med att överhuvudtaget stå ut med att leva vidare. Tillhörigheten i de hemlösas delkultur har många kvaliteter, som man vid ett ytligt betraktande skulle kunna tro var uteslutna t ex omtanke, hjälp och stöd, även om den hjälp som ges ibland leder till ytterligare elände.

En del av de män som vistats inom Krukisverksamheten har funnit en tillhörighet där som också blivit kärnan i deras överlevnadsstrategi. En del av dem har efter vistelsen på behandlingshemmet bott på något av de två annex som fanns inom Krukisverksamheten. Flertalet som bott på annexen har så småningom, oftast efter flera år, velat flytta till en egen lägenhet och då också kunnat finna sig väl tillrätta med de svårigheter som mött dem, i allmänhet ensamma men i några fall boende ihop med en kvinna. För en del är dock

detta steg ut till ensamboendet alltför skrämmande och skulle kunna leda till en så outhärdlig isolering att fördelarna med livet som hemlös på härbärgen och ungkarlshotell tillsammans med andra hemlösa skulle te sig som ett mer givande alternativ. För en del av de hemlösa som under 1970-talet har fått lägenheter har lägenheten befolkats med andra hemlösa, lägenheten har blivit som ett eget litet härbärge. Den boendestruktur som finns för de hemlösa tillgodoser inte de behov som de hemlösa har av att både vara integrerade i samhället och samtidigt ha en tillhörighet i en medmänsklig gemenskap.

Med nedanstående exempel vill vi belysa hur en mellanform mellan delkultur - och storsamhällsorienterad anpassning kan utvecklas.

Birger är nu i 50-års åldern. Bor sedan många år på ett av Krukis´ annex, arbetar för det mesta och super ner sig ibland.

Birger är uppvuxen i en liten by i Småland, hans far dog när han var nyfödd och mamman när han var åtta år. De hade haft det bra ihop, hon var en hygglig och bra mamma, nu fick han bli fosterbarn i granngården. Efter moderns död var det svårt för honom att finna intresse i just någonting. Det var inte dåligt i fosterhemmet men strängt och allvarligt.När han var 15 år och slutat skolan, gav han sig iväg till närmaste större stad. Han hade ingen yrkesutbildning och fick ett grovarbete, arbetade en kort tid och tog därefter ett annat liknande arbete och fortsatte sedan att gå från arbete till arbete. Han var orolit och rastlös, och märkte redan i tonåren att alkohol lättar upp och dämpar ångesten. Blev tagen för fylleri första gången redan när han var 16 år.

Kommer till en annan medelstor stad för att göra militärtjänsten och blev sedan kvar där ett par år, trots att han helt saknade anknytning där. Vandrade från det ena arbetet till det andra, levde ensam utan några vänner. 21 år

gammal, ett par år in på 1950-talet, begav han sig till Stockholm och inlemmades omedelbart i de hemlösas delkultur. Man kan säga att han gjorde en snabb karriär till botten av samhället, men för honom var tillhörigheten i de hemlösas delkultur inte enbart ett misslyckande. Det innebar för honom själv en möjlighet att närma sig människor som uppfattade honom som en som hör till. De flytande, oftast ytliga, kontakterna oroade honom inte, och saknade ändå inte värme. Alkoholkulturen bland de hemlösa gjorde också sitt till för att han skulle finna sig väl tillrätta i de hemlösas delkultur. Han hade i allmänhet arbete men bara tillfälliga, bodde på ungkarlshotell och härbärgen på vintern, i tält på sommaren.

I slutet av 1950-talet gjorde han ett försök att bryta sig loss ur de hemlösas värld. Han fick hyra en möblerad lägenhet, bodde där ett år och försökte att inte dricka så mycket. Undvek kontakt med de hemlösa men upplevde då en outhärdlig ensamhet och fick svåra psykiska besvär. Återgick till en delkulturorienterad anpassning och fortsatte att leva som hemlös.

Blev därefter tvångsintagen på alkoholistanstalt upprepade gånger varje år och var ett par gånger i fängelse.

1968 kom han till Krukis efter att i ca 15 år levt som hemlös i Stockholm. Var ett par månader tidigare försökspermitterad från tvångsvård på alkoholistanstalt och var ganska nersupen. Han var helt uppgiven, upplevde att saker och ting bara hände och att han själv stod utanför händelseförloppet som han inte kunde påverka. Han är en lång och mager man, senig och ilsken. Oåtkomlig när han var nykter, och fruktansvärt sur när han var berusad. Blängde så hotfullt att vi först blev lite rädda. Om han märkte att man blev riktigt rädd, förklarade han lugnt att det inte var någon fara, och fortsatte sedan att se förbannad ut och vifta med armarna. När han var berusad kände han sig trots detta beteende glad och pigg men samtidigt skygg och rädd att möta vänlighet. Det hotfulla blängandet och fäktandet kunde förstås som ett försvar mot hans egen önskan om emotionell kontakt och uppmärksamhet.

Eftersom han skyggade i den känslomässiga kontakten försökte vi nå honom med symboliska gåvor, t ex ett paket cigaretter, en påse Kungen av Danmark-bröstkarameller, helt apropå utan någon påtaglig anledning alls. Gåvan var ju ringa, inte så mycket att vara tacksam för. Dessutom var den ett föremål, och ingen vänlighet i ren form, men vår avsikt var klar för honom, att vi ville ha med honom att göra.

Hans hotfulla skydd mot emotionell kontakt förändrades och fick ett inslag av pajaseri, som roade honom själv. Hans sociala situation började förändras från att i början varit präglad av berusning och enstaka tillfällighetsarbeten till att få en mer fast struktur. Han fick ett fast arbete, arbetade regelbundet måndag-fredag, var full på fredagkvällllördag, drack några öl på söndag och arbetade måndag-fredag. Ibland när han kände sig svartsjuk, avundsjuk eller på något sätt förfördelad försvann han från behandlingshemmet, låg på härbärge eller sov ute, men återvände efter ett par dagar.

Efter trekvarts år på behandlingshemmet flyttar Birger till annex. På annexet bor 8-9 andra som varit på behandlingshemmet tidigare. De bor där stadigt och utan tidsgräns.

Relationerna på annexet är av primärgruppskaraktär vilket gör det möjligt för honom att pröva nya sätt att förhålla sig till andra människor som alternativ till skyggheten. Detta kan belysas av följande situation. En i personalen hade sin make på besök: "När Birger kom in och såg en främmande person i huset, vände han snabbt och vi trodde att han nu går upp och lägger sig och inte kommer ner igen. En liten stund senare kommer Birger ner, välkammad, skor på fötterna, pipan tänd."

Han börjar leka med sin identitet, det är inte alldeles givet att han måste vara en fyllgubbe. "I lördags hade han svidat upp sig i vit skjorta och slips, man frågade om han skulle gå bort. Han förklarade att han klätt sig så fin för att han skulle gå till systemet och handla. Bertil, som var med på systemet, blev hemskt snopen när han fick sprit utan att legitimera sig, tack vare Bigers snygga uppsyn."

Den nisch i samhället som annexet utgör kan Birger utnyttja till adaptativa anpassningsförsök, både på ett socialt och på ett psykologiskt plan.

Sina släktingar och barndomstrakter hade han inte hört av sig till på 20 år. Nu börjar han trevande en kontakt med pojken i granngården, som var hans barndomshem när modern hade dött. Han har sina arbetskamrater och han skaffar sig ofta någon eller några vänner. I det närmaste grannskapet tog det lång tid innan han fick några kontakter. Först blev han bekant med busschaufförerna men så småningom också med tanten i kassan i livsmedelsaffären där han köper sin tobak och öl. De har nu tillsammans ett par stående tipsrader varje vecka. En granne tittar över ibland för att hälsa på Birger. Hans tätaste nätverk finns givetvis med de andra som bor på annexet där han har ett par vänner som han mest är ihop med. Men han kan fortfarande vara mycket skygg och osäker.

Allt går bra en tid och sedan går allt över styr. Han super ner sig, försvinner och lägger sig på härbärge några dagar, trasslar med arbetet och allting blir upp och ner under en vecka. Han lägger sig sedan till sängs ett par dagar och tar igen sig och är åter igång som förut.

Birger har bott på annex i ungefär 7 år och har helt sluppit undan anstaltsvården och nykterhetsvården, kan arbeta för det mesta och har ett socialt nätverk, som inte enbart omfattar dem som han bor med utan även en del utanför. Hans boende är marginellt, "det är nog många gånger grannarna tittat snett på den här kåken", men annexet är ändå inte helt utanför, och inte lika segregerat, som de flesta andra boendeenheter för dem som varit hemlösa.

Birgers adaptativa försök har inte lett till anstaltsanpassning, hospitalisering eller passiv underkastelse, vilket är beroende på att primärgruppsrelationerna präglar kontakterna och att förutsättningar finns att gå utanför annexet och träffa andra människor. Birger vet ännu inte vad han tycker om att eventuellt flytta till en lägenhet,

han vet att det enda rätta är att säga att man ska bo själv, men med dem han känner vågar han säga att han tror att han aldrig vågar sig på att bo ensam.

Den fråga man kan ställa sig är om Birger någonsin kan klara av att bygga upp en så stabil inre värld av positiva objektrelationer efter det livsavgörande trauma som förlusten av modern innebar, och som gav hans liv en kroniskt depressiv grundton. En central förutsättning är att de stabila relationer han nu knutit får bestå utan tanke på en tidsgräns, först då finns också en av förutsättningarna för att relationerna internaliseras och berikar hans inre tidigare objektfattiga värld på ett så varaktigt sätt att han inte ständigt behöver människor omkring sig.

Vi måste utgå från möjligheten att hans avskärmning sitter så djupt att han aldrig kan bygga upp denna inre värld. Om han då, trots det, hamnar i en egen lägenhet, är risken stor att han får leva i en total isolering i en passiv underkastelse under de krav som ställs på honom i och med närheten till storsamhället eller att han åter söker sig tillbaka till utgångspunkten, de hemlösas delkultur.

"Holger" - som exempel på rekonstruktion av ett fungerande vardagsliv som upprätthålls genom avstånd till delkultur och till primärgruppsrelationer.

Holger och Klas hör till den grupp bestående av 16 i hela B-gruppen och av 13 av de överlevande för vilka den storsamhällsorienterade anpassningen är framträdande.

En yttre adaptativ anpassning sammanhänger ofta med en adaptativ inre anpassning men det måste inte nödvändigtvis vara fallet. Även med en inre konformism, en underkastelse under en oföränderlig bild av sig själv, av sitt sätt att vara och uppleva världen, av sina önskningar, ideal, kan man ibland utveckla en adaptativ anpassning till yttervärlden. Men man blir då avsevärt mer beroende av de yttre förutsättningarna, av den nisch som erbjuds.

Holger är 62 år, förtidspensionerad, bor i en stuga på landet sedan sju år och är traktens original.

Var en kvalificerad yrkesarbetare men arbetet innebar ett flackande från den ena arbetsplatsen till den andra och boende i arbetarbaracker. Vid slutet av 1950-talet skadades han i arbetet. Skadan inträffade under en period då Holger dessutom hade stora personliga problem. Han kunde inte klara arbetet med det bestående, men förhållandevis måttliga handikapp han fått. Gick därefter på diverse tillfälliga arbeten, och under en stor del av 1960-talet var han uteliggare i Stockholm.

År efter år under hela 1960-talet återkommer i journaler samma beskrivning av Holgers svåra situation, av hur han är helt förfallen, förkommen, sover ute, är uthungrad och förvirrad. Han blir intagen på alkoholistanstalt eller Mariapolikliniken ibland men utan att detta förändrar bilden.

Kom 1968 till Krukis. Han var mycket förskrämd och gjorde ett mycket ynkligt intryck, höll fram sitt krokiga ben och visade på alla sätt hur svårt invalidiserad han var. Han hade stora eksem som han ständigt rev i, i synnerhet när han kände sig hotad. I samband med berusning framkom ofta fantasier om att det skadade benet höll på att ruttna. Han kom in i en svår kris med allt svårare skuldkänslor, ansåg sig ha begått ett fruktansvärt brott som gjorde att han inte var värd att leva. Han lade sig i en bergsskreva där han tidigare hade logerat innan han kom till behandlingshemmet, och risken var att han skulle frysa ihjäl. Intogs då på mentalsjukhus där nästan omedelbart de psykotiska symtomen försvann utan behandling. Återkom sedan till behandlingshemmet. Kunde ibland vara mycket snabb och duktig i arbetet som dock ofta avbröts av att hans psykiska tillstånd försämrades. Benet kändes ruttet och han kände sig inte värd att vara hos oss. Han försvann då och kunde återfinnas i någon park mer eller mindre nergången. Efter ett år på behandlingshemmet flyttade Holger till en stuga på landet och han bor där sedan dess.

Han hade under det år han bodde på Krukis alltmer kommit att uppleva personalen och verksamheten i sin helhet som ett skydd och när han nu flyttade och bodde ensam i sin stuga idealiserades dessa föreställningar, som kom att anta i det närmaste en religiös ton. Vi hade makten att stå emot alla onda krafter. I ett par år besöktes han ett par gånger varje vecka och fick all den mat han behövde färdiglagad från behandlingshemmet. Hans idealisering gällde, förutom dem han redan kände på Krukis, även var och en som arbetade där. När ny personal besökte honom var han först mycket misstänksam men när han fick höra att man var från Krukis var det som om man känt varandra i långa tider. Han kunde fortsätta ett samtal, som han hade haft med någon annan vid ett tidigare besök, och hänvisa till tidigare händelser, "ja ni vet ju allt det där som hände".

Han började alltmer orientera sig i trakten, gick och hälsade på i stugorna, drack kaffe och började göra folk små tjänster, passade kaniner och katter när folk var bortresta, hälsade på hos de som låg sjuka och hjälpte till vid skördedags. Han tog också itu med stugan, målade, reparerade, grävde upp rabatter och planterade. Ibland tog han sig en promenad till närmaste stad, en mil från stugan, och drack sig full. Ringde ofta då till Krukis och berättade om att något hemskt hade inträffat, t ex att han blivit svårt biten av hundar. Personalen störtade iväg med stelkrampsspruta i högsta hugg. Man fann honom vid god vigör och inget tycktes ha hänt. Innan personalen ens hann tillbaka till behandlingshemmet ringde han igen och berättade samma historia med stor dramatik. Vi lärde oss så småningom att handskas med dessa symboliska uttryck för hans strävan att behålla oss som idealiserade hjälpare, trots att hans situation så förändrats att han i allmänhet inte upplevde sig behöva oss mer. I denna separationsprocess fick han en allt mer differentierad och realistisk bild av Krukis.

Denna av-idealisering upplever han som en besvikelse. "Jag har inte med Krukis att göra, jag avskyr er där. Jag intresserar mig inte för er, för ni intresserar er inte för mig heller och jag har inte med er att göra."

Han är nu integrerad i ett rikt socialt nätverk med folk i trakten. "Största delen är pensionärer här och vi trivs med varandra så länge vi lever. Går in och dricker kaffe hos grannarna när jag vill, och så kommer dom hit till mig, för jag går ju till dom ibland."

Han har en säregen upplevelse av naturen, djuren är som personliga vänner, fåglarnas far är en död Krukis-vän till Holger. "Jag vandrar här ute i naturen och fåglarna är mitt liv, ja, och alla rådjur och älgar. Det är mina fåglar som bor där borta. Dom har många barn, men det är inte du som är far åt dom. Nä, det var masen som dog på Kungsholmen, Nils-Erik."

Han blir provocerad av konfliktorienterade frågor, han upplever de som en anklagelse mot honom själv. "Jag har ju svarat som det är, att jag trivs och mår bra. Mitt liv är som det är. Och jag lever inte länge, men jävlas inte med mig. Fatta mina ord, jag bli elak, förbannad, jag skyr ingenting när tankarna kommer på mig, gosse. Så reta mig för fan inte, gosse, vi har vapen, det talar vi inte om, vi pensionärer."

Holger har en fridfull lantlig tillvaro tillsammans med "grävlingar under sängen" (d v s under huset), fåglarna som är hans döde väns barn, rådjuren som kommer fram till honom varje morgon, de hyggliga grannarna, "gosse,vi har vapen, vi pensionärer" - en tillvaro som är bemängd med de föreställningar som tidigare var innehållet i hans psykotiska symtom och förvirring. Det reella skydd han fick på Krukis lade grunden till en idealiserad föreställning om skydd mot alla onda makter, en föreställning som också kom att göra självdestruktion överflödig som skydd. Föreställningen att ingen kan göra honom något illa gör det möjligt för honom att närma sig omvärlden utifrån den nisch i samhället

som vi, turligt nog, kunde erbjuda honom. Livet kring stugan och samvaron med grannarna får med tiden en så fast struktur att idealiseringen av Krukis börjar att avvecklas.

Vi har inte "botat" honom från hans psykos, alla psykosens grundelement har han kvar. Men vi har kunnat hjälpa honom att se omvärlden inte som ett övermäktigt hot som han står ensam mot, utan som en tilgång. Hotet är längre bort, djuren och pensionärerna är hans vänner, och "vi pensionärer, vi har vapen."

Vi ser i detta exempel hur Holger förändrar sin inre värld, men samtidigt sker denna förändring helt inom ramen för psykosen. I just den nisch han befinner sig i samhället, boende i en stuga på landet en mil från en stad, kan han upprätthålla en adaptativ anpassning till omvärlden trots en oförändrar psykotisk föreställningsvärld.

"Klas" - som ett exempel på rekonstruktion av ett fungerande vardagsliv som upprätthålls genom ett adaptativt förhållningssätt till delkultur och storsamhälle.

I många fall har kontakten bibehållits med de hemlösas delkultur samtidigt som man har en storsamhällsorienterad anpassning. Detta innebär marginalitet, ju närmare världarna kommer varandra desto större blir marginalitetskonflikten. Ett sätt att handskas med detta problem är att se till att undvika en kulturkollision.

I nedanstående exempel vill vi visa hur en ganska differentierad rekonstruktion av vardagslivet har kommit till stånd och hur den upprätthålls med hjälp av en originell gränsdragning mellan delkultur och storsamhälle.

Klas är nu 65 år, förtidspensionerad sedan några år, bor i en egen lägenhet i en förort, är "samma gubbe" som alltid förr men klarar nu sin ekonomi, sitt drickande och sina sociala kontakter och att bo i en egen lägenhet.

Föräldrarna dog när han var 6 år gammal. Som liten längtade han alltid efter att bli stor för att få slippa barnhem och alla fosterföräldrar som han ackorderades ut till. Klas har ingen släkt, utom att han i 40-års åldern fick reda på att han hade en bror, som han träffade en gång men aldrig mer hörde av.Saknar således hela det grundläggande nätverk som släktrelationer utgör. Han har sedan ett brokigt liv framför sig. Försökte alltid hålla igång jobben, var arbetsglad, hade olika sorters grovarbeten och anläggningsarbeten. Ivrigt boxningsintresse i ungdomen, gick många matcher och "sparrade proffs också, fick 5:- ronden om man kunde stå på benen ronden ut".

Gifte sig, 25 år gammal, vid mitten av 1930-talet. Fick tre barn. Alkoholmissbruk sedan 20-årsåldern, var med i Finska vinterkriget för att komma undan tvångsintagning på anstalt men blev intagen ändå när han kom hem. Upprepade gånger vårdad på mentalsjukhus p g a missbruket. Skilsmässa när spriten blev fri vid mitten av 1950-talet. Hemlös efter skilsmässan, flackade runt och sov ofta ute, ville vara ifred, "med en kvarting som huvudkudde".

Kom till Krukis 1967 efter 35 års alkoholmissbruk och 15 år som hemlös i Stockholm. Härjad och sliten, kläderna hade han nödtorftigt klistrat ihop så att han inte skulle se för schavig ut. Säger att han "umgås bara med de människor jag träffar på gatan, känner varenda grabb som kan hålla i ett glas". Knöt sig mycket fast till Krukis, hade en påtaglig kontakthunger och var alltid, i synnerhet när han var berusad, mån om att övertyga sig och andra att man inte ogillade honom. Hade en klar identitet som jobbare och kom också igång i arbete trots ett fortfarande intensivt alkoholmissbruk. Något över genomsnittligt begåvad, men med svårigheter med sitt minne. Blev helt "pundig" när han var berusad, glömde då omedelbart vad han gjorde stunden innan, förvirrad och berättar samma gamla historia gång på gång.

Ständigt trassel med ekonomin, tappade sina tillhörigheter, glasögon, lösständer, rånades på sin plånbok när han var berusad, var ibland ganska hjälplös. Han hade dock inte klarat sig så bra på många år och vägrade att flytta från behandlingshemmet till ett annex där han skulle kunna bo mer stadigt. "Man vet vad man har men inte vad man får". Det var först efter mer än 1 1/2 år och intensiva påtryckningar som han accepterade att bo på försök i 2 veckor med löfte att få återvända därefter om annexboende var omöjligt. Han bodde därefter oavbrutet på annexet i fem år, varefter han flyttade till en egen lägenhet. Att han skulle ha en egen lägenhet aktualiserade han ett par år tidigare, men vi gjorde ett segt motstånd eftersom vi visste hur hjälplös han ibland var.

Först när det står helt klart att han verkligen tänker flytta, hjälper vi honom. Den egna lägenheten blir på så sätt hans helt egna val. Han har då hunnit få fast mark under fötterna. De tidigare anpassningaförsök han gjort har varit ganska ytliga och dåligt förankrade hos honom själv. Han har nu långsamt vuxit in i ett förhållningssätt till andra människor och till olika reella problem som är hans eget sätt.

De första åren präglades hans relationer till personalen av starkt idealiserade föreställningar och beroende som omvandlades under årens lopp till en mer realistisk bild som visserligen rymde mycket uppskattning men där kritiken ingalunda saknades. Beroendet avvecklades ibland via perioder av besvikelse, tvärhet och enstörighet.

Denna utveckling från idealisering och beroende till realistisk bild och självständighet var en inre adaptation som var en av förutsättningarna för att han skulle klara de kriser han fick möta. Hans kroppskrafter och hälsa började svikta och de arbeten han brukade ha ställde stora krav och han skadades nu allt oftare i arbetet. Efter lång tids motstånd accepterade han förtidspension.

Förtidspensionering berövade honom hoppet att få manifestera sin identitet som jobbare vilket var en svår kris för honom att gå igenom. En av hans söner dog under olyckliga omständigheter. Hans hustru hörde av sig, mer än 15 år efter skilsmässan, vilket gjorde honom påmind om allt fint och positivt som han hade trasslat och supit bort. Han kunde sörja sig igenom alla dessa kriser. Av det förnekande, som han flitigt använde som försvar och den impulskontrollsvårighet han hade när vi först lärde känna honom, fanns nu inte så mycket kvar. Nu kunde han bättre orka med att syntetisera de motstridigheter hans personlighet rymmer. Känslor av sorg, skam, skuld o s v, upplever han som en del av sig själv. Han behåller därför en stark integritet även i kriser.

Han bor nu sedan tre år i en lägenhet och klarar sig bra där. Han har ett ganska löst socialt nätverk, "morsar på grannarna i trappan, träffas och tar en fika och lirar kort." En gammal gubbe som har svårt att gå hälsar han på ganska ofta och han har ett par andra bekanta men ingen kontakt med alkoholmissbrukarna i grannskapet. Har ett trevligt sätt att vara och har därför blivit bekant med folk i grannskapet. Känner dagispersonalen, kiosktanten och expediterna i Favörbutiken där han kan handla på krita och betala när han får pengar.

Vid närmaste tunnelbanestation finns de riktiga missbrukargängen, han känner förstås allihop och är ihop med dem ibland. Problemet för honom är att kunna ta sig förbi dem om han vill in till stan eller till systemet. Han har då skaffat sig en vandringsväg till en annan förort, en promenad på ett par timmar. Om han ska till systemet är det där ingen som känner honom och han kan i lugn och ro köpa sig en kvarting och vandra hemåt igen. Det blir en halvdagsutfärd. Ibland lägger han sig i en skogsbacke och dricker ur, men bara när det är fint väder annars är det risk att man blir finkad. Slipper genom denna omväg att ta

avstånd från dem han känner som står och super vid tunnelbanan. "vi är samma gubbar allihop, vi är och förblir luffare". Men han vill ju inte alltid hänga med där, vet hur det går om lägenheten blir ett tillhåll, om han får "drag" i lägenheten. Marginalitetskonflikten blir hanterbar för honom genom att han organiserar sin vardagssituation så att de för varandra främmande kulturerna, grannskapets och missbrukargängens, inte behöver mötas.

Även i hemmet har Klas en klar organisation. Han har inte så mycket saker, mattorna står i garderoben eftersom han tycker att de ligger i vägen och bara är till besvär. Glasögon, pipor, plånbok, tänder, kaffekoppen har sina egna bestämda platser, så att han alltid vet var de finns. När han ska ut och supa lämnar han glasögon, tänder och plånbok hemma, och tar bara med sig de pengar han ska göra av med och en gammal billig pipa. När han på söndagsmorgon nyktrat till är det bara att plocka ner glasögonen från hyllan och lägga sig och läsa. Inga konflikter och trassel med borttappade grejor. När han på dagen lägger sig på sängen, lägger han alltid något under fötterna för att inte smutsa ner. När han ska ta emot gäster har han dukat prydligt på soffbordet, med duk och koppar, tycker det är trevligt med besök bara man inte snokar i hur han har det.

Detta är exempel på små vardagliga vanor, en vardaglig organisation som får livet att fungera för honon. Det ger ett perspektiv på vad hans fleråriga boende på Krukis och annexet betytt för honom. Den perioden gav honom möjlighet att aktualisera den sociala kompetens han för decennier sedan haft och att utifrån honom själv organisera vardagssituationen i relation till de andra som bodde där. Den egna stolen framför TV:n, ganska nära för han hör rätt dåligt, en bestämd matplats som han trivdes bäst med, glasögonen i en snodd runt halsen, piporna i pipstället, samma människor på morgonen som på kvällen som han har

stabila känslomässiga relationer till, positiva eller negativa. Ekonomin var alltid ett problem när han skötte sin kassa själv. Föreståndaren på annexet skulle då portionera ut, tidvis dagligen, tidvis veckovis. Klas känner sig kränkt och övervakad och tar återigen hand om alla pengarna som snabbt går åt till sprit eller som han blir rånad på. Ber då personalen åter att ta pengarna. Får nu pensionsanvisningen hem till lägenheten, går med den till annexets föreståndare som portionerar ut den veckovis. "Bra system, annars vore man väl utan pengar efter en vecka".

Man kan säga att Klas har rekonstruerat ett vardagsliv så att han kan vara en accepterad och ibland rätt uppskattad figur i ett vanligt bostadsområde utan att passivt konformistiskt underkasta sig alla de konventionella normer som egentligen gäller där och så att han samtidigt kan uppleva sig som "samma gubbe som förr" och kan ta kontakt med sina bekanta från tiden som hemlös när han så vill.

Denna rekonstruktion av ett vardagsliv har skett genom förändring på två nivåer:

På en yttre, social nivå:

Från en konformistisk underkastelse under de normer och de yttre hot som gäller i de hemlösas delkultur till en adaptativ anpassning till grannskap, bekanta och gamla fyllpolare.

På en inre psykisk nivå:

Från en konformistisk underkastelse under berusningsbehov och önsningar om passiva beroenderelationer till idealiserade objekt, till en adaptativ anpassning till de motstridigheter hans inre värld rymmer. En inre kontroll och syntetiserande förmåga som gör det möjligt för honom att klara kriser och behålla sin integritet i emotionella relationer.

Vid en jämförelse ser vi att Holger och Klas utvecklar en intensiv idealisering av oss som hjälpare och beskyddare vilket Arne inte gör eftersom den passivitet som han söker för honom är förbunden med ångest, och inte heller Birger eftersom han är så bränd när det gäller en idealiserad relation. Vi ser också att avvecklingen av Holgers och Klas´ idealisering som sker över flera års tid leder till en självständighet, integritet och stabil social situation.

När det gäller Birger och Klas finner vi hur det mycket långvariga boendet i en liten tämligen stabil grupp som präglas av primärgruppsrelationer möjliggör en rekonstruktion av ett vardagsliv genom att vardagssituationen kan överblickas och struktureras och möjliggör en omprövning av en fixerad föreställning om den egna identiteten.

Sammanfattning

Resultatmätningen rör förhållandevis perifera aspekter av behandlingsarbetet vilket är en följd av att K-gruppen är för oss förhållandevis okänd och att de centrala aspekterna av behandlingsarbetet inte kan bli föremål för mätning. För att belysa den komplicerade verklighet som ryms bakom effekter - och uteblivna effekter - i effektmätningens mening studeras B-fallens sociala anpassningssituation vid observationstidens slut mot bakgrund av tidigare social anpassning, samt fyra enskilda behandlingsförlopp.

Vi finner att det råder samband mellan å ena sidan maximal social anpassning (^{o}), social anpassning vid observationstidens början (^{x}) och social anpassning vid slutet av 1969 då i genomsnitt 1 1/2 år av observationstiden gått (^{xx}), och å andra sidan social anpassning vid observationstidens slut vid utgången av 1975 eller då individen avlider. Förutsättningen för att resultatet av behandlingsarbetet ska bli en mer storsamhällsorienterad social anpassning visar sig vara att individen vid något tillfälle tidigare varit socialt välanpassad, även om anpassningen varit till en socialt icke accepterad miljö.

Vid observationstidens slut var drygt 35% storsamhällsorienterat socialt anpassade och lika många tämligen välanpassade till socialt icke accepterad miljö medan drygt 25% var socialt förkomna. För att belysa dessa tre huvudkategorierna av social anpassning vid observationstidens slut studeras fyra enskilda behandlingsförlopp.

Kapitel 17

ALLMÄN SAMMANFATTNING

Detta arbete syftar till att belysa 1. den hemlösa gruppens storlek i Stockholm 1972-75 och om prevalens och incidens förändrats sedan 1955-60, 2. de hemlösas dödlighet och de sociala faktorernas betydelse för denna samt 3. effekter av ett behandlingsarbete med hemlösa och några enskilda förlopp i samband med behandling.

Beträffande den hemlösa gruppens storlek.

För att kunna bestämma den hemlösa gruppens storlek måste de problem bemästras som är förknippade med att den ekologiska gränsen för den hemlösa gruppen är mindre skarp under 1970-talet än tidigare. Detta görs med hjälp av en definition av begreppet "hemlös". Som definition föreslås följande:

Som "hemlös" betecknas den människa som befinner sig i en situation av utstötthet från samhället karakteriserat av frånvaro eller uttunning av de nära sociala relationer som sammanlänkar den övriga bofasta befolkningen till ett socialt nätverk, (situation av "hemlöshet") och som socialiserats till den delkultur som omfattar kunskaper om livet som bostadslös reservarbetskraft eller utslagen, och om modeller för överlevnadsstrategier i den situationen.

Den grupp hemlösa som studien omfattar är de bostadslösa hemlösa som vi finner på 27 boendeenheter i Stockholm som helt eller delvis ger logi åt bostadslösa hemlösa män och kvinnor 1972-75. Vi finner närmare 16.000 män och 1.000 kvinnor. Av dessa är 4.500 män och 50 kvinnor av utomnordisk nationalitet. De är tillfälliga gäster och gästarbetare och ytterst få av dem är hemlösa. De övriga 11.400 män och 930 kvinnor betraktas som eventuellt hemlösa.

Utifrån definitionen av begreppet "hemlös" utarbetas kriterier för att skilja hemlösa från övriga gäster med hjälp av de registerdata som ingår i materialet. Enligt dessa

kriterier är 7.400-9.900 män och 580-775 kvinnor av dem som materialet omfattar hemlösa 1972-75. De hemlösa är äldre än de övriga gästerna men även en betydande andel av de yngre gästerna, 40% av männen och 50% av kvinnorna, är hemlösa. Av gäster som är 60 år och äldre är över 80% hemlösa.

Med Stockholms kommuns befolkning som referenspopulation får vi en periodprevalens på 23-30 hemlösa män/1000 män i befolkningen och motsvarande för kvinnorna 1.6-2.1, med högsta prevalenstal för åldersklassen 40-49 år.

När de ensamstående i befolkningen används som referenspopulation finner vi framförallt för männen en markerad topp vid 40-49 år med 141-176/1000 och även för 50-59-åringar med 132-156/1000.

En viss jämförelse kan göras med det antal hemlösa män som Inghe (1962) beräknade för Stockholm 1955-60. Vi finner då att det inte föreligger någon väsentlig skillnad i antal hemlösa män mellan den perioden och 1970-75, och periodprevalenserna är i det närmaste lika.

Den incidens som kan beräknas begränsas till att gälla incidens av hemlösa som inträffat på de enheter som undersökts och som inte vistats där de senaste 5 åren. Vi finner då att 1000-1650 män och 90-140 kvinnor kommer nya varje år. Nytillskottet i antal individer är för männen likartat stort för åldersklasserna upp till 50 år medan det för kvinnorna finns en viss koncentration av nya till den lägsta åldersgruppen.

Den årliga incidensen för männen är totalt 3.5-5.7/1000 av samtliga män, och 7.2-12.8/1000 ensamstående män. Motsvarande för kvinnorna är 0.3-0.4 resp 0.5-0.8. Vid en jämförelse av årligt nytillskott och incidens av hemlösa män för 1960 resp 1972-75 finner vi att såväl antal som incidens är likartade. Incidensen var 1960 6.2/1000 män att jämföras med 5.7 per år 1972-75.

Som enda möjlighet till jämförelse med förhållanden betr hemlösa i ett annat land estimeras antal sängplatser på så likartat sätt som möjligt som Digby (1976) gjort i England. Vi finner då att Stockholm har minst lika hög prevalens som London av sängplatser i specialbostäder som helt eller delvis disponeras av bostadslösa hemlösa.

Vi kan dra slutsatsen att den förändring som kunde tyckas inträffa beträffande förekomst av hemlösa under början av 1970-talet endast var en förändring av hur synlig gruppen var vid ett ytligt betraktande. Genom att många av härbärgena och de slumpräglade ungkarlshotellen försvann, försvann också en del av de mest påtagliga och socialt upprörande tecknen på de hemlösas nödsituation. Lägenhetsöverskottet i Stockholm under den aktuella perioden medförde sannolikt att många av dem som ej var hemlösa och som bodde på de materiellt mer välutrustade boendeenheterna fick lägenheter och vilket möjliggör för de mer hemlösa att få en förbättrad materiell boendestandard. De hemlösa följer således med i den materiella standardökningen men för övrigt kvarstår gruppen som förut.

Beträffande de hemlösas dödlighet.

För att studera totaldödlighet och orsaksspecifik dödlighet för de hemlösa utgår vi från de 4.536 män som bodde 1960 på ungkarlshotell och härbärgen i Stockholm som följs betr dödlighet under 10-11 år fram t o m 1970.

975 individer (21,5%) avlider t o m 1970, mot förväntat 9,4%. Överdödligheten är totalt 2.3 och är mest markerad för de lägre åldersgrupperna men är signifikant för alla åldrar mellan 25-80.

Överdödligheten betingas av en rad olikartade dödsorsaker. Tuberkulos återfinns med en mycket markerad överdödlighet och dödsfallen av denna orsak visar ingen tendens att minska under undersökningsperioden. Dödsfall i cancer är vanligare än förväntat och i synnerhet cancer i respirations- och övre digestionsapparaten men även andra cancer-

former är vanligare än förväntat. Att vi skulle finna en överdödlighet i kronisk alkoholism var förväntat med tanke på de hemlösas välkända alkoholmissbruk.

I ischemiska hjärtsjukdomar finner vi en tendens till lägre dödlighet upp till 50 års ålder och därefter en överdödlighet medan vi för cerebrovaskulära sjukdomar finner en större överdödlighet bland de yngre som avtar med åldern. Cirkulationsorganens sjukdomar är totalt sett vanligare än förväntat. Pneumoni i synnerhet men även andra sjukdomar i respirationsorganen är vanligare som dödsorsak än förväntat. Att i levercirrhos finna en överdödlighet var förväntat men även mag- och tolvfingertarmssår är vanligare än förväntat.

Den näst efter cirkulationsorganens sjukdomar vanligaste dödsorsaken återfinns i gruppen yttre våld och förgiftning. För de fall som betraktas som självmord finner vi en överdödlighet på 2.7 vilket är en förhållandevis ringa överdödlighet vid jämförelse med den överdödlighet som rör andra typer av våldsam död.

Vid en fördelning av de fler än förväntade dödsfallen på de olika dödsorsakerna finner vi att 55-65% av dessa "extra" dödsfall kan anses ha de sociala och psykiska faktorerna och de hemlösas speciella livssituation som väsentlig grund till att de inträffar, medan 35-45% av de "extra" dödsfallen har ett mindre klart samband med den sociala situationen.

Ett närmare studium av den sociala situationens betydelse för de hemlösas dödlighet skedde genom att data som rörde situationen t o m 1960 för de som bodde på ungkarlshotell och härbärgen i Stockholm 1960 relaterades till dödlighet 1960-70.

Vi finner att det föreligger en signifikant högre dödlighet för dem som har ett alkoholmissbruk som är känt eller som föranlett åtgärder från nykterhetsvård och samma gäller för psykiatrisk vård. För samband mellan fylleriförseelser och dödlighet finns en signifikant skillnad mellan förekomst och ej förekomst av fylleriförseelse, medan de med extremt många fylleriförseelser inte skiljer sig från övriga med färre.

Detsamma gäller samband mellan kriminalitet och dödlighet, nämligen att en signifikant skillnad i dödlighet finns mellan förekomst eller ej av dom p g a brott medan de med 3 eller fler domar inte skiljer sig från dem med 1 - 2 domar. Även när det gäller antal kalenderår 1955-60 med något boende på de undersökta enheterna finner vi att de som bott enbart 1960 har en signifikant lägre dödlighet medan de som bott 2 - 3 år resp 4 - 6 år är lika med avseende på dödlighet. För sammanlagd boendetid finns en tendens till samma mönster.

Det tycks således föreligga en gräns mellan förekomst eller ej av fylleriförseelse, dom för brott, boende något år tidigare, boenetid 1 månad eller längre medan graden av förekomst har mindre betydelse för en accentuerad överdödlighet. En möjlig tolkning av dessa data är att gränsen konstitueras av inträdet i de hemlösas delkultur, och denna gräns är således av kvalitativ och inte av kvantitativ natur.

De som bott på mer än en boendeenhet resp mer än 5 perioder har signifikant högre dödlighet. Vi finner dock ingen skillnad med avseende på om boendet var helt, delvis eller inte alls på natthärbärge eller om boende på Högalids vårdhem förekommit eller ej.

När det gäller samband mellan förekomst av socialhjälp och dödlighet finner vi en signifikant högre dödlighet för dem som någon gång fått socialhjälp men till skillnad från flertalet övriga data även en signifikant högre dödlighet för dem med många års socialhjälp än för dem med färre år. En av orsakerna till att antal år med socialhjälp skiljer sig från övriga data kan vara att den variabeln har samband med förekomst av sjukdom men också att långvarigt socialhjälpsberoende kan ses som en indikator på olikartade, svåra sociala situationer som sammanhänger med t ex alkoholmissbruk och frånvaro av arbete och bostad. Vi finner även att de ogifta har signifikant lägre dödlighet än de som varit gifta.

Vi gör därefter ett försök att göra de hemlösas överdödlighet förståelig mot bakgrund av deras sociala och psykiska situation och studerar då mer i detalj de som avlidit av dem som 1967-69 lottades från natthärbärgena i Stockholm för att utgöra behandlingsgrupp (B) resp kontrollgrupp (K) för försöksverksamheten vid Krukis. B-gruppen bestod av 45 individer och K-gruppen av 120. Observationstiden är 7-8 år och sträcker sig fram t o m 1975. K-gruppens förhållanden kan anses vara representativa för de drygt 2.000 hemlösa män som passerade härbärgena och motsvarade urvalskriterierna under urvalsperioden.

Av de ursprungligen 165 som ingick i urvalet från natthärbärgena avlider 48 under observationstiden. Överdödligheten i förhållande till Sveriges befolkning är 5.3 vilket är en avsevärt högre överdödlighet än för 1960 års hemlösa mellan 1960 och 1970 (2.3). Den stegrade överdödligheten är i synnerhet markerad i åldrar upp till 50 år (12.5 resp 3.5). För de boende 1960 fann vi ingen accentuerad överdödlighet för härbärgesgäster. Om den stegrade överdödligheten för 1967-69 års härbärgesgäster kan förklaras av en förändrad selektion av härbärgesgäster eller av ökad dödlighet för de hemlösa kan ej avgöras med det tillgängliga materialet.

Dödsfallen kategoriseras med avseende på deras relation till alkoholmissbruk. Vid kategoriseringen är det känt vilka som hör till B- resp K-grupp, vilket medför att en bias kan föreligga som följd av större kännedom om, och personlig relation med B-fallen. Det framkommer att 31% av K-gruppens dödsfall är direkt relaterade till alkoholintoxikation, 23% till sjukdom som följd av alkoholmissbruk, medan 26% av dödsfallen är eventuellt eller indirekt relaterade till alkoholmissbruk. I 17 % av dödsfallen finner vi ingen relation till alkoholmissbruk utan primärt medicinska-biologiska dödsorsaker. Motsvarande andelar för B-gruppen är 15, 8, 23 och 46%.

Från 1972-73 blev lägenhetsöverskottet påtagligt i Stockholm vilket avspeglas i en skillnad betr boendeförhållande för dem i K-gruppen men ej i B-gruppen, som avlidit. Det är förhållandevis fler i K-gruppen som avlider på härbärge, ungkarlshotell coh som uteliggare under observationsår 1 - 4 och i lägenhet år 5 - 8.

De avlidna indelas med avseende på boendeform och dödsorsakernas relation till alkoholmissbruk. I 33 K-fall och 12 B-fall finns fullständiga uppgifter och ett stort antal fallstudier presenteras för att belysa samband mellan dödlighet och sociala och psykiska faktorer.

Av de 16 i K-gruppen och 2 i B-gruppen som avlider när de bor på härbärge, ungkarlshotell eller som uteliggare, avlider 2 i K-gruppen av orsaker som kan anses primärt medicinska-biologiska medan övriga 14 i K-gruppen och de 2 i B-gruppen dör av tillstånd som är nära förbundna med individernas sociala eller psykiska situation.

Av de boende på institution ligger sociala eller psykiska faktorer som grund för 6 av de 9 K-fallen och för 3 av de 6 B-fallen. Det finns dock i denna grupp inget fall av så uppenbar vanvård, som är karakteristisk för flertalet av de fall som dött på ungkarlshotell, härbärgen eller som uteliggare. I samtliga fall har gjorts avsevärda ansträngningar från institutionernas sida.

8 K-fall och 4 B-fall avlider boende i egen lägenhet. 7 av K-fallen och 1 av B-fallen dör en död som primärt betingas av sociala och psykiska faktorer, och flertalet av dem dör en ond och bråd död där det dominerande problemet är deras livssituation.

Vid denna genomgång av dödsorsaker och omständigheter i samband med dödsfallen finner vi att 80% av dödsfallen i K-gruppen och 50% i B-gruppen är primärt socialt eller psykiskt betingade och nära sammanhänger med de hemlösas livssituation.

Vi kan dra slutsatsen att de medicinska-biologiska dödsorsakerna i vissa fall ger en uttömmande förklaring till dödsfallen men i flertalet fall kan vi förstå hur det kommer sig att döden inträffar endast om vi förstår hur den människan levde, tillsammans med vilka andra, i vilket samhälle. Då de hemlösas livssituation och död i flertalet fall är en produkt av mänskliga handlingar, kultur och samhälle vore det också möjligt att förändra dessa förhållanden och den mörka bild som framträder när vi studerar de hemlösas dödlighet. I ett långsiktigt förebyggande arbete har den medicinska vetenskapen, i strikt mening fysiologiska, biokemiska o s v, sannolikt inte så mycket ytterligare att bidraga med när det gäller att förebygga de hemlösas överdödlighet och ett intensifierat sjukvårdsarbete kan troligen endast förhållandevis marginellt påverka överdödligheten.

I ett långt perspektiv torde de hemlösas överdödlighet i väsentlig grad kunna förändras endast genom en förändring av de förhållanden i samhället som åstadkommer den utslagning och de sociala och psykiska nödsituationer som de hemlösa befinner sig i. I ett kort perspektiv kan åtskilligt göras som torde kunna ha en viss betydelse, t ex mer adekvata boendeformer, och förbättrad socialvård.

Beträffande ett behandlingsförsök med hemlösa män.

Det socialmedicinska utrednings- och behandlingshemmet vid Krukmakargatan i Stockholm, "Krukis", startade 1967 som en försöksverksamhet vars överordnade mål var att öka kunskapen om hemlösa män på natthärbärgena i Stockholm och att utforma modeller för behandling och boende för dem. Krukis bestod under observationstiden av ett behandlingshem med 20 platser, två annex med vardera 10 platser och några försökslägenheter. Urvalet från natthärbärgena skedde 1967-69 och bestod av en behandlingsgrupp (B) med 45 individer som kom till Krukisverksamheten och en kontrollgrup (K) med 120 individer som ej kom till Krukis.

De 165 i B- och K-grupp kan anses representativa för de drygt 2.000 män som under urvalsperioden sökte sig till och fick plats på härbärge och som motsvarade urvalskriterierna (svenskfödda, första boendetillfälle för säsongen). Fördelning på B- resp K-grupp skedde enligt ett lottningsförfarande som dock kom att innehålla vissa brister. Effekter av slump och möjligen av brister i urvalsförfarande gör att B-gruppen är något mer socialt belastad än K-gruppen och för att öka precisionen i resultatmätningen görs en matchning varvid 45 K-fall utsöks som är så lika B-fallen som möjligt, och denna grupp betecknas K_M.

Observationstiden är för samtliga 5 år eller fram tills de avlider, för jämförelse beträffande dödlighet utsträcks observationstiden ytterligare några år och sträcker sig fram t o m 1975. Observationstiden indelas i år 1 - 2 då för flertalet i B-gruppen den mest intensiva Krukiskontakten pågick och år 3 - 5 (för dödlighetsjämförelser år 3- t o m -75) då färre fortfarande hade så intensiv kontakt.

B- och K_M-grupp jämförs för år 1 - 2, 3 - 5 (3- tom -75 betr dödlighet) och 1 - 5 (1- t o m -75 för dödlighet) beträffande 19 effektkriterier som är relaterade till 10 behandlingsmål beträffande alkoholmissbruk, hälsa-sjukvård, kriminalitet, boende, ekonomi och dödlighet.

För flertalet av effektkriterierna finner vi en för behandlingsarbetet mer eller mindre framträdande positiv effekt under såväl år 1 - 2, 3 - 5 och 1 - 5 men som följd av att skillnaderna ibland är tämligen små och att antalet individer är litet kan endast ett mindre antal skillnader statistiskt säkerställas.[1)]

Beträffande alkoholmissbruk finner vi när det rör behandlingsmål 1 (mer moderata alkoholvanor) att målet i viss mån uppnåtts under år 1 -2. Antalet fylleriförseelser reducerades då med ungefär 50% (^{o}) och antal individer med stort antal fyllerier reducerades med en tredjedel (^{o}). Under år 3 - 5 är det forfarande 25% färre individer med stort antal fyllerier men i genomsnitt har B-gruppen fler fyllerier vilket betingas av att de i B-gruppen som har 10 eller fler fyllerier har signifikant fler än motsvarande i K_M-gruppen. Detta kan vara uttryck för en negativ effekt av behandlingen.

Beträffande behandlingsmål 2 (mer måttliga alkoholvanor och mindre destruktivt sätt att handskas med den sociala situationen och därigenom mindre ingripanden från nykterhetsvård och behov av anstaltsvård) finner vi för år 1 - 2 att tvångsåtgärder vidtogs lika ofta för båda grupperna men att den tid som B-fallen stod under nykterhetsvårdsanstalts kontroll var kortare (^{x}), vårdtiden var kortare (^{xx}), färre individer var intagna på anstalt (^{x}) och färre hade lång vårdtid (^{x}).

Detta skulle kunna vara uttryck för en äventyrlig vårdpolitik när det rör sig om så svåra missbrukare som här är fallet vilket dock motsägs av att ingen i B-gruppen avlider under år 1 - 2 till följd av alkoholintoxikation eller -sjukdom, att jämföra med 6,7% av hela omatchade K-gruppen.

Under år 3 - 5 reduceras nykterhetsvårdens beslut om tvångsåtgärder (^{x}), och därav beslut om tvångsintagning med 50%. Nya inskrivningstillfällen på anstalt reduceras

---

1) 10%:s signifikansnivå markeras med ^{o}, 5% ^{x}, 1% ^{xx} och 0,1% ^{xxx}.

med 55% (°), och antal individer som är inskrivna på anstalt reduceras med 40% (°). Antal vårdperioder (°) och vårdtid (°) på anstalt reduceras med 45%, och antal individer med 3 eller fler vårdperioder är 50% färre (°). 3 B-fall dör som följd av alkoholintoxikation eller -sjukdom vilket är 30% mindre än i K-gruppen.

För hela observationstiden blir den sammantagna effekten som kan beläggas att 40% färre ställs under anstaltens kontroll (x) och inskrivningstiden reduceras med 40% (°). Vårdperioderna är 45% färre (°), 40% färre är vårdade på nykterhetsvårdsanstalt (x), vårdtiden reduceras med 55% (x) och 40 % färre har lång vårdtid (x). Samtidigt finner vi betr behandlingsmål 3 (att de mest katastrofala följderna av alkoholmissbruk ska undvikas) att antalet dödsfall som har samband med alkoholmissbruk reduceras med närmare 60% (°). Bland dem som avlidit finner vi färre fall med levercirrhos och de som är alkoholintoxikerade i samband med dödsfallet är 55% färre (x).

Beträffande hälsa-sjukvård finner vi att behandlingsmålet (att onödiga sjukhusvistelser skulle undvikas) inte har nåtts i någon väsentlig utsträckning. B-fallen har under år 3 - 5 färre vårdperioder och kortare vårdtid på sjukhus men skillnaden är rätt obetydlig.

Beträffande kriminalitet och därmed förbundet behandlingsmål (att reducera förekomst av kriminalitet) finner vi att antal individer i B-gruppen som begår brott år 1 - 2 är 30 % färre, år 3 - 5 lika för båda grupperna och för hela observationstiden 40% färre. Av dem i B-gruppen som begått brott år 1 - 2 är det dock fler individer som har fler brott (x) och tänkbart är att denna brottslighet kan vara ett utagerande av emotionella konflikter som aktualiseras i behandlingen och i vissa fall uttryck för ett försök att avbryta behandlingen.

Beträffande boendesituation finner vi följande. När det gäller behandlingsmål 1 (att ersätta boende på ungkarlshotell och härbärgen med boende i adekvat livsmiljö) finner vi för år 1 - 2 att antal boendeperioder på ungkarlshotell och härbärgen reduceras med 60% (xxx), att boendetiden reduceras med 70% (xxx) och att antal individer med 5 eller fler boendeperioder resp en eller flera månaders boendetid reduceras med 60-65% (xxx).

De hemlösa i B-gruppen föredrog således att vistas i det känslomässigt intensiva och krävande klimat som rådde på Krukis framför att vistas på ungkarlshotell och härbärgen där de krav som ställs är helt inom ramen för den delkulturella orienteringen och där en rätt stor anonymitet råder.

Under år 3 - 5 är fortfarande antalet boendeperioder reducerade med 30% och boendetiden med 50%. Det är inte osannolikt att skillnaden i större utsträckning hade kunnat bestå om man inom Krukisverksamheten hade kunnat få tillgång till fler små boendeannex men under större delen av observationstiden disponerades endast ett annex med 10 platser.

Den sammantagna effekten för hela observationstiden blev att antal boendeperioder reducerades med 45% (xx) och boendetiden med drygt 60% (xx), och att antal individer med många boendeperioder och längre boendetid var 40% (x) resp 35% (xx) färre.

Beträffande behandlingsmål 2 (minskad rotation mellan olika boende- och vårdinstanser och ökad materiell kontinuitet) finner vi markant färre vistelseperioder år 1 - 2 då totalantalet perioder reduceras med 50% (xxx) och antal individer med 10 eller fler perioder med 80% (xxx). För år 3 - 5 har B-fallen 35% färre vistelser och 30 % färre individer med stort antal vistelser.

Totaleffekten för hela observationstiden är att totalantal vistelser reduceras med 40% (^{xx}) och antal individer med stort antal vistelser är 40% färre (^{xx}).

När det gäller ekonomi och därmed förbundna behandlingsmål (större inkomst genom arbete som förutsättning för ekonomisk trygghet) finner vi att de överlevande ej pensionerade B-fallens genomsnittliga årsinkomst år 1 - 2 är 1.87 (^{x}) av K_M-fallens och att fler i B-gruppen hörde till den högre inkomstgruppen (^{x}). Under år 3 - 5 finner vi ingen skillnad i genomsnittsinkomst och obetydligt fler med lägsta inkomst och för hela observationstiden en tendens till att fler i B-gruppen hör till den högsta inkomstgruppen (^{o}).

När det gäller dödlighet finner vi betr behandlingsmål 1 (att öka överlevnadsmöjligheterna) att överdödligheten är 50% lägre i B-gruppen år 1 - 2 och obetydligt högre år 3 - 5. För hela observationstiden sammantaget finner vi ingen skillnad.

Beträffande behandlingsmål 2 (att förhindra socialt och psykiskt betingade dödsfall) finner vi för år 1 - 2 att ingen i B-gruppen och 8,4 i K-gruppen dör av socialt och psykiskt betingade orsaker. Under år 3 - 5 ligger B-gruppens andel döda i dessa orsaker obetydligt under K-gruppens men för hela observationstiden t o m 1975 finner vi att dödsfall som är socialt och psykiskt betingade reduceras med 40% (^{o}).

En slutsats som vi kan dra är att Krukis lyckades skapa en av de centrala förutsättningarna för att överhuvudtaget kunna bedriva ett intensivt behandlingsarbete med hemlösa, nämligen att de hemlösa föredrog att vistas i en känslomässigt intensiv och krävande miljö framför i deras delkulturorienterat dominerade traditionella miljöer. De mest framträdande effekterna erhölls under de första två observationsåren då arbetet pågick som mest intensivt.

Visserligen kvarstår effekter i många avseenden även därefter men är då mindre framträdande vilket kan motivera slutsatsen att endast kontinuerligt behandlingsarbete som långsamt avtar med åren kan säkra bestående effekter.

Reslutatmätningen rör förhållandevis perifera aspekter av behanlingsarbetet vilket är en följd av att K-gruppen är för oss förhållandevis okänd och att de centrala aspekterna av behandlingsarbetet inte kan bli föremål för mätning. För att belysa den komplicerade verklighet som ryms bakom effekter - och uteblivna effekter - i effektmätningens mening studeras B-fallens sociala anpassningssituation vid observationstidens slut mot bakgrund av tidigare social anpassning, samt fyra enskilda behandlingsförlopp.

Vi finner att det råder samband mellan å ena sidan maximal social anpassning (^{O}), social anpassning vid observationstiden början (^{X}), och social anpassning vid slutet av 1969 då i genomsnitt 1 1/2 år av observationstiden gått (^{XX}), och å andra sidan social anpassning vid observationstidens slut vid utgången av 1975 eller då individen avlider. Förutsättningen för att resultatet av behandlingsarbetet ska bli en mer storsamhällsorienterad social anpassning visar sig vara att individen vid något tillfälle tidigare varit socialt välanpassad, även om anpassningen varit till en socialt icke accepterad miljö.

Vid observationstidens slut var drygt 35% storsamhällsorienterat socialt anpassade, och lika många tämligen välanpassade till socialt icke accepterad miljö medan drygt 25% var socialt förkomna.

För att belysa dessa tre huvudkategorierna av social anpassning vid observationstidens slut studeras fyra enskilda behandlingsförlopp.

Kapitel 18

GENERAL SUMMARY

The aim of this study is to clarify:
1) the size of the group of homeless in Stockholm during the years 1972-75 and if the prevalence and incidence have changed since the years 1955-60,
2) the mortality and causes of death of the homeless and the importance of the social and psychic situation to this, and
3) the effects of a treatment program for homeless and the treatment process in a few individual cases.

Concerning the size of the group homeless

To be able to establish the size of the group homeless the problems that are connected with the changed ecological border of this group must first be solved. (During the 1970´s this border has become less sharp than during the 1960´s.) This is accomplished by a definition of the concept "homeless". The following definition is proposed: A person is considered "homeless" when he is living in "a condition of detachment from society, characterized by the absence or attenuation of the affiliative bonds that otherwise link the settled persons to a network of interconnected social structures" (state of "homelessness" according to Caplow et al 1968), and who is socialized into that sub-culture which includes knowledge of life as reserve labourer or outcast without settlement and of models for strategies of survival in that situation.

The group of homeless that is concerned in this study consists of the unsettled homeless found in 27 units for housing or rehabilitation in Stockholm which during 1972-75 wholly or partly offered night quarters to this group.

The group consisted of 16,000 men and 1,000 women. Of these are 4,500 men and 50 women of non-European nationality. They are temporary visitors or guest workers and very few of them are homeless.

The other 11,500 men and 930 women are considered as eventual homeless. From the definition of the concept "homeless" criteria are established to distinguish homeless from other guests with the aid of register data that are included in the material. According to these criteria 7,400-9,900 men and 580-775 women included in the material are 1972-75 homeless.

The homeless are older than the other guests but a considerable number of the younger guests, 40% of the men and 50% of the women, are homeless. Among guests aged 60 or older more than 80% are homeless.

With the population in Stockholm City as reference population a period prevalence of 23-30 homeless men/1000 men in the population and correspondingly for the women 1.6-2.1 is arrived at, with the highest prevalence for the age-class 40-49 years.

When single persons in the population are used as reference population a marked rise is shown among the men in the ages 40-49 years with 141-176/1000 and also in the ages 50-59 years with 132-156/1000.

A certain comparison can be made with the number of homeless men Inghe (1962) estimated for Stockholm 1955-60. It shows that there is no important difference between the number of homeless men during this period and that of 1970-75 and the period prevalences are almost the same.

The incidence which can be calculated is limited to the incidence of homeless at those lodgings which are included in the stydy and who have not been lodgers during the last 5 years. It is to be found that every year 1,000-1,650 new men and 90-140 new women arrive.
The number of new men is equally large for all age-classes up to age-class 50, but among the women there is a certain concentration to the lowest age-class.

The yearly incidence for men is 3.5-5.7/1000 of all men and 7.2-12.8/1000 single men. Correspondingly for the women is 0.3-0.4 and 0.5-0.8 respectively.

Comparing the yearly number of new homeless men and the incidence of homeless men during 1960 and 1972-75 one finds that both the number and the incidence are the same. The incidence 1960 was 6.2/1000 men and in 1972-75 5.7 per year.

As the only possibility for comparison with the situation of homeless in another country is the estimation of number of beds in the same manner as Digby (1976) has done in England. Stockholm has then at least as high a prevalence of beds in specially arranged housings which completely or partly are used by unsettled homeless.

The change that seems to occur in the number of homeless in the beginning of the 1970´s is only a change in how visible the group is when superficially observed.

When many of the hostels and slum-like lodgings disappeared, did also some of the most socially flagrant signs of the need among the homeless disappear.

The surplus of apartments in Stockholm during this period most likely led to that many of those who were not homeless but living in the materially well accommodated lodgings, received apartments. This gives the severer cases among the homeless a possibility of bettering their material standard of residence.

The homeless are in that sense given access to a better material standard, but apart from that the group remains as before.

Mortality of the homeless men.

In examining the total mortality and cause-specific mortality of the homeless, the 4,536 men who 1960 stayed in lodgings and hostels in Stockholm, are used as the point of study. The mortality of these men is examined during a period of 10-11 years up until the end of 1970.

975 individuals (21.5%) die in this period as against an expected 9.4%. This higher mortality rate is totally 2.3 and is most recognizable in the lower age groups but is significant in all ages between 25-80.

The higher mortality rate is determined by several different causes of death.

Tuberculosis is found with a very distinctive higher mortality rate and deaths of this cause show no tendency of being reduced during the period of study.

Cancer as cause of death is more common than expected, especially cancer of the respiratory and upper digestive organs. Also other forms of cancer are more common than expected.

To find a higher mortality rate caused by chronic alcoholism was expected considering the well-known alcoholism among the homeless.

The ischemic heart diseases as cause of death show a lower mortality rate in the ages below 50, but above this age there is a higher mortality rate.

As to cerebrovascular diseases, on the other hand, there is a higher mortality rate among the younger homeless and this rate decreases with age.

The cardiovascular diseases are on the whole more usual than expected.

Pneumonia especially, but also other diseases of the respiratory organs, are more usual than expected as causes of death.

Cirrhosis of the liver caused a higher mortality rate than expected, and also gastro-duodenal ulcer is more common than expected.

The most common causes of death after that of the cardiovascular diseases are to be found in the category external violence and poisoning.

In cases of suicide there is a higher mortality rate of 2.7, which is relatively low in comparison with the higher mortality rate of other forms of violent death.

In distributing the higher than expected number of deceased to the different causes of death it is found that in 55-65% of these "extra" deaths social and psychic factors and the particular life situation of the homeless play an important part in causing death. 35-45% of these "extra" deaths show a less clear connection with the social situation.

A closer study of the influence of the social situation upon the mortality of the homeless was done by relating data concerning the situation until 1960 of those staying in hostels and lodgings in Stockholm during the year 1960 to the mortality during 1960-1970. There is a significant higher mortality rate among those who are known as abusers of alcohol by the temperance board.

Concerning the connection between arrests for drunkenness and mortality there is a significant difference between those who have been arrested and those who have not. But those with extremely many arrests do not differ from those with few.

It is the same with the relation between criminality and mortality, namely that a significant higher mortality is found for those who have been sentenced for crime than those who have not, but those with 3 or more sentences do not differ from those with 1-2.

Concerning the number of years with at least any stay in lodgings during the years 1955-60 it is shown that those who stayed only during the year 1960 have a significantly lower mortality rate than those who also stayed before 1960. Those who stayed 2-3 years and 4-6 years show the same rate of mortality. For the total durance of stay there is a tendency towards the same pattern.

It seems therefore to be a limit between occurrance and non-occurrance of arrest for drunkenness, sentence for crime, stay a year or more earlier, period of stay 1 month or longer, but the degree of occurrance is of lesser importance for an accentuated higher mortality rate.

A possible interpretation of these data is that the limit is constituted by the entrance into the sub-culture of the homeless, giving this limit more of a qualitative than a quantitative natur.

Those who have stayed in more than one lodging or more than 5 periods have respectively a significantly higher mortality rate. But there is no difference if the stay was completely, partly or not at all in hostels or if there has or has not been any stay at "Högalid" (a traditional reception center).

There is a significant higher mortality rate among those who at least once have received social welfare aid, but in contrast to most of the other data, also a significant higher mortality among those who have received social welfare aid for many years than among those for only a few years. One of the reasons that the number of years receiving social welfare aid differs from other data can be that this variable has connection with sickness, but also that a long term dependency on social welfare aid can be understood as an indication of varying difficult social situations, having to do with alcoholism and the absence of work and stable housing arrangements. It is also found that single persons show a significantly lower mortality that those who have been married.

In attempting to understand the higher mortality rate among the homeless this is examined in relation to their social and psychic situation. This has led to a more detailed study of the ones who died among those who 1967-69 were lotted from hostels in Stockholm in order to form a treatment group (T) and a control group (C) for the experimental treatment program at "Krukis".

The T-group consisted of 45 individuals, and the C-group of 120. The period of observation is 7-8 years up until the end of 1975. The conditions of the T-group can be seen as representative of the more than 2,000 homeless men who passed through the hostels and who qualified against the sampling criteria during the sampling period.

Of the 165 who at the onset were included in the sample from the hostels 48 died during the period of observation. This higher mortality rate in comparison with the Swedish

population is 5.3. This is a markedly higher mortality rate than among the homeless of 1960 between 1960 and 1970 (2.3). The rising mortality rate is especially striking in the ages up until 50 years (12.5 and 3.5 respectively).

If the rising mortality rate of those staying in hostels 1967-9 can be explained by a changed selection to the hostels or by a rising mortality among the homeless cannot be determined through this material.

Deaths are categorized according to their connection with the alcoholism. In categorizing it is known who belonged to the T-group and who to the C-group, which may imply a bias because of greater knowledge about and personal relations with the T-cases.

It is shown that 31% of the deaths in the C-group can directly be related to alcohol intoxication, 23% to disease as a consequence of alcoholism and 26% of the deaths are contingently or indirectly related to alcohol abuse. In 17% of the cases there is no connection to alcoholism, the primary causes of death are here medical-biological. Correspondingly for the T-group the percentages are 15, 8, 23 and 46%.

From 1972-73 there was marked surplus of apartments in Stockholm, which is reflected in a change of housing arrangements for those in the C-group (who since died) but not for those in the T-group. It is relatively more in the C-group who die in hostels, lodgings and as outdoor-sleepers during the observation years 1-4 and in apartments the years 5-8.

The deceased are distributed according to form of housing conditions and to causes of death related to alcoholism. For 33 C-cases and 12 T-cases there are complete data and a large number of case-studies are presented in order to illuminate the relation between mortality and social and psychic factors.

Of the 16 in the C-group and the 2 in the T-group who die when living in hostels, lodgings or as outdoor-sleepers, 2 in the C-group died of causes which primarily are medical-biological while 14 in the C-group and the 2 in the T-group

die from conditions which are closely linked with the social and psychic situation of the individuals.

Of those living in institutions social and psychic factors are seen as causes for 6 of the 9 C-cases and for 3 of the 6 T-cases. In this group, though, there is no case of such obvious maltreatment as is characteristic of the majority of the cases who have died in hostels, lodgings or as outdoor-sleepers. The institutions have made great efforts in each case.

8 C-cases and 4 T-cases died living in own apartments. 7 of the C-cases and 1 of the T-cases died from causes primarily conditioned by social and psychic factors, and most of them died a violent death, the dominating problem being their life situation.

In examining causes of death and the circumstances in connection with death it proves that the death of 80% of the deceased in the C-group and 50% in the T-group were primarily socially and psychically conditioned and were closely linked with the life situation of the homeless.

In conclusion from this the medical-biological causes of death give a satisfying explanation in some cases, but in most of the cases one can understand why they die first when one understands how they lived, together with whom, in which society.

Since the life situation of the homeless and their death in most instances is a product of human actions, culture and society it would also be possible to change these conditions and the dark picture which is presented when the mortality of the homeless in examined.

In a long-term preventive work the medical science - in a strict sense the physiological, bio-chemical, etc. - has most probably very little further to offer in the prevention of the higher mortality rate of the homeless. Also intensified medical care can most likely only in a relatively marginal manner influence the higher mortality rate.

The higher mortality rate of the homeless can in a long-term perspective be changed first when those conditions in society are changed, which lead to social rejectedness and the social and psychic deficient situations in which the homeless find themselves.

In a short-term perspective there are many measures that can be of some importance, e.g. more adequate housing conditions and an improved social welfare program.

Concerning an experimental treatment program for homeless men.

The Socio-Medical Center for research and development at Krukmakargatan in Stockholm ("Krukis"), opened 1967 as a research and experimental treatment center. The main goals were to increase the knowledge of homeless men in hostels and to develope models for treatment and housing for this group. In the first five years of observation the program disposed of a treatment center with 20 beds,two annexes with each 10 beds and some "trial-apartments".

The sampling from the hostels was made 1967-69 and consisted of a treatment group (T) with 45 individuals who came to "Krukis', and a control group (C) with 120 individuals not being part of "Krukis" treatment program.

The 165 individuals in the T- and C-groups can be seen as a representative sample of circa 2,000 men who during the sampling period came to and received a bed in the hostels and who fulfilled the criteria: born in Sweden and coming for the first time that season to the hostels.

The distribution of the 165 individuals in the T- and C-group respectively was made through lotting, but effects of chance and perhaps of deficiencies in the lotting procedure led to the T-group being more socially complicated than the C-group. A matching was made to increase the precision of the measurement of the effects. 45 C-cases, as similar as possible, were selected and this group is then called the C_M-group.

The observation period is 5 years for all individuals or until their death. In comparing mortality the observation

period stretches to the end of 1975. The observation period is divided in years 1-2 during which time the greater part of the T-group had the most intense contact with "Krukis", and in years 3-5 (for comparisons of mortality years 3- end of 1975) when fewer had as intense a contact with "Krukis". T- and C_M-groups are compared for the years 1-2, 3-5 (3- end of 1975 for mortality comparisons) and for the years 1-5 (1- end of 1975 concerning mortality) with 19 criterias of effect, which are related to 10 treatment goals concerning alcohol abuse, health and care in hospital, criminality, housing conditions, economy and mortality.

For most of the criteria of effects there is a more or less positive effect of the treatment in the years 1-2, 3-5 as well as during 1-5. But since the differences sometimes are rather small and the number of individuals are few, only a smaller number of the differences are statistically significant. (10% significance level is marked (o), 5% (x), 1% (xx) and 0.1% (xxx).

In the field abuse of alcohol and treatment goal 1 (more moderate use of alcohol) it is found that the goal is to some extent reached in the years 1-2. The number of arrests for drunkenness is reduced by circa 50% (o) and the number of individuals with a great number of arrests is reduced by one third (o). During the years 3-5 there are still 25% fewer individuals to be found with a great number of arrests, but those in the T-group with many arrests have in average a greater number than the corresponding individuals in the C-group. This can be a sign of a reversed effect of the treatment.

Concerning treatment goal 2 (more moderate use of alcohol and less destructive ways of handling the social situation and thereby fewer measures of force by the temperance board and lesser need of care in institutions for alcoholics) it is shown for years 1-2 that measures of force occur as frequently in both groups, but for the T-group the period of supervision from the institutions is shorter (x), the length of stay is shorter (xx), fewer

individuals are subjected to care in institutions for alcoholics (x) and fewer spend a long time in the institutions (x).

This could be an expression of a hazardous treatment policy since most of the homeless men show an advanced abuse of alcohol. But this is contradicted by the fact that no individual in the T-group died during this time as a result of alcohol intoxication or alcohol-induced illness, in comparison with 6.7 of the total unmatched C-group.

During the years 3-5 the measures of force of the temperance board are reduced by 50% (x) and also compulsive care by 50%. New occasions of registration at the institutions for compulsive care are reduced by 55% (o) and the number of individuals at all registrated are 40% fewer (o).

The number of periods of care in the institutions (o) and the length of care (o) is reduced by 45%, and the number of individuals with 3 or more periods of care is 50% lower (o). 3 individuals in the T-group died from alcohol intoxication or alcohol-induced diseases which is 30% fewer than in the C-group.

For the total observation period the significant effect is that 40% fewer individuals of the T-group are placed under the supervision of the institutions for alcoholics (x), and the time of supervision is reduced by 40% (o). The number of periods of care is reduced by 45% (o), 45% fewer individuals are at all under care in those institutions (x), the duration of care is reduced by 55% (x) and 40% fewer are under a long duration of care (x).

At the same time, in view of treatment goal 3 (to avoid the most catastrophical results of alcohol abuse), it is found that the number of deaths caused by alcohol abuse is reduced by circa 60% (o). Fewer of the deceased in the T-group have cirrhosis of the liver and 55% fewer are intoxicated when they died (x).

Concerning health and hospital care the treatment goal (to avoid unnecessary hospital care) is not reached in any significant way. The T-group members are during the years

3-5 more seldom and for shorter durations under hospital care but the differences are quite small.

Concerning criminality and the related treatment goal (to reduce the rate of criminality) 30% fewer individuals in the T-group committed a crime during the years 1-2 and there is no difference between the groups in the years 3-5. For the total observation period 40% fewer committed a crime.

But a greater number of those in the T-group who committed a crime during the years 1-2 did this more often (x). It is possible that this criminality can be an expression of an action out of emotional conflicts actualized in the treatment and in some cases an expression of an effort to interrupt the treatment.

Concerning housing conditions the following is found: For treatment goal 1 (to replace staying in hostels and lodgings with living in settled, adequate social conditions) the number of sojourns in hostels and lodgings is reduced by 60 % (xxx) during the years 1-2, and the duration by 70% (xxx). The number of individuals who reside at 5 or more occasions in hostels and lodgings one or more months are reduced by 60-65% (xxx).

The homeless men in the T-group thus preferred to stay in the emotionally intense and demanding milieu of "Krukis" instead of staying in hostels and lodgings where the demands are completely sub-culturally oriented and where the anonymity is very predominant.

During the years 3-5 the number of sojourns in hostels and lodgings were still being reduced by 30% and the duration by 50%. It is not improbable that the differences could have persisted in a yet higher degree if "Krukis" had disposed of more small annexes. During the greater part of the observation period "Krukis" had only 10 beds in one annex to its disposal.

The significant effect of the total observation period is that the number of sojourns in hostels and lodgings were reduced by 45% (xx) and the duration with more than 60% (xx). 40% fewer individuals had many sojourns (x) and 35% fewer had long duration (xx).

Concerning treatment goal 2 (less rotation between hostels, lodgings, prisons, hospitals, treatment centers, institutions for alcoholics and a higher material continuity) there are markedly fewer periods of stay during the years 1-2, the total number of periods is reduced by 50% (xxx) and the number of individuals with 10 or more periods by 80% (xxx). During the years 3-5 the T-cases have 25% fewer sojourns and 30% fewer individuals with large number of sojourns.

The total effect of the whole period of observation is that the number of sojourns is reduced by 40% (xx) and the number of individuals with a large number of sojourns are 40% fewer (xx).

Concerning economy and with it the linked treatment goal (larger income through employment as a pre-condition for economical security) it is found that those surviving among the T-cases, but being without pension, have an average yearly income during the years 1-2 which is 1.9 (x) of that of the C_M-cases and that more in the T-group belonged to the higher income-group (x). During the years 3-5 there is no difference in average income and insignificantly more with lowest income. For the whole observation period a tendency is found in the T-group for more members to belong to the highest income group.

Concerning mortality it is found in treatment goal 1 (to increase the possibility of survival) that the higher mortality rate is 50% lower in the T-group during the years 1-2 and insignificantly higher in the years 3-5. For the observation period as a whole there is no difference.

Concerning treatment goal 2 (to prevent socially and psychically conditioned death) it is found that during the years 1-2 no one in the T-group and 8.4% in the C-group die of social and psychic causes. During the years 3-5 the rate of deaths in the T-group caused by these conditions is insignificantly lower than in the C-group, but for the observation period as a whole, up until the end of 1975,

there is a reduction by 40% (o) of the number of deaths caused by social and psychic factors.

One conclusion that can be made is that "Krukis" was able to create one of the central pre-conditions for at all being able to run an intensive treatment program for homeless namely that the homeless preferred to stay in an intense emotionally and demanding environment instead of in their traditional milieu dominated by a sub-culture orientation.

The most prominent effects were reached during the first two years of observation, when the treatment work was most intensive. Effects can slso thereafter be seen, but are less evident. This could motivate the conclusion that only continuous treatment which slowly, year by year, abates, can ensure lasting effects.

The measure of effects concerns relatively peripheral aspects of the treatment, which depends upon the fact that the C-group is relatively unknown, and that the central aspects of the treatment are not possible to measure.

To clarify the complex reality hidden behind effects - and absent effects - in the sense of measuring effects, the T-cases are studied as to their condition of social adjustment at the end of the observation period in comparison with their earlier social adjustment, and finally four individual treatment cases are presented.

There is a connection between on the one hand maximal social adjustment (o), social adjustment at the beginning of the observation period (x), and social adjustment at the end of 1969 when an average of a year and a half of the observation period was gone (xx); and on the other hand social adjustment at the end of the observation period (end of 1975) or when the individual dies.

The pre-condition for the result of treatment being a social adjustment that is more oriented towards the values of the dominant society is that the individual also before this time has been socially well-adjusted, even if the adjustment has been to an environment not accepted by the dominant society.

At the end of the observation period more than 35% were in their social adjustment oriented towards the dominant society, and like many fairly well-adjusted to environments not accepted by the dominant society. More than 25%, on the other hand, were socially completely mal-adjusted, or adjusted only to closed asylums.

To clarify these three main categories of social adjustment at the end of the observation period, four individual treatment cases are examined.

DEL V

APPENDIX I - VII

Appendix I

DATAINSAMLING OCH MATERIAL FÖR BESTÄMNING AV DEN HEMLÖSA GRUPPENS STORLEK I STOCKHOLM 1972-75.

Ekologisk avgränsning.

Materialet grundar sig på uppgifter från 27 boendeenheter i Stockholm. Dessa enheter har helt eller delvis hemlösa män och kvinnor som gästgrupp. Valet av dessa enheter grundar sig på den kännedom vi har av detta problemområde när det gäller Stockholm samt beskrivningar av boendeenheterna i socialförvaltningens förteckning över boende- och vårdenheter i Stockholm. I materialet ingår inte de som enbart bott på ett par små härbärgen som drivs av religiösa stiftelser (de utgör några 10-tal platser) och inte heller på de privata hotell som har ungkarlshotellslik karaktär (även dessa sannolikt endast några 10-tal platser). Om dessa gäster bott även på någon av de 27 övriga enheterna ingår de i materialet. Inte heller ingår de som enbart vistats på nykterhetsvårdsanstalt eftersom vistelsen där med få undantag rör en kort tid och inte kan ses som boendeform. Även dessa individer ingår i materialet i den mån de bott på de 27 enheter vi studerar. De som bor i egna lägenheter, i andra boendeformer eller som är uteliggare och som skulle kunna betraktas som hemlösa och som inte vid något tillfälle 1972-75 bor på någon av de 27 boendeenheterna blir inte medräknade.

Med avseende på hela hemlöshetsgruppen kan undersökningen betraktas som en "case finding study" och det antal man finner med denna metod ligger alltid under det faktiska antalet (Frey 1969, Inghe 1973).

Denna undersökning kommer således att gälla de bostadslösa hemlösa som vid något tillfälle 1972-75 vistas på någon av de 27 enheter som studerats. Eftersom beteckningen bostadslösa hemlösa är lite omständlig används i texten i allmänhet beteckningen hemlösa vilket då avses inbegripa ovannämnda avgränsning.

Undersökningsperiod

Undersökningen omfattar de boende under tidsperioden 1972-75.

Material

Boendeenheterna klassificeras med avseende på boendestandard och verksamhetsmål i fyra boendenivåer. Följande enheter ingår i resp nivå, platsantalet vid början resp slutet av observationsperioden anges inom parentes.

Boendenivå A

Tämligen hög materiell standard och urval av gästgruppen. Hotellhemmen Norrtull (343-329), Skanstull (444), Farsta (273-188), Hotell Monumentet (192-150), Hotell Vale (116).

Boendenivå B

Traditionella ungkarlshotell med låg materiell standard, visst urval av gäster. Ungkarlshotellen Tanto (160), Spjutet (111), Glasbruket (181-0), Sturen (144-0), Pelikanen (348-272).

Boendenivå C

Härbärgen med låg standard och inget urval av gäster. Skrubba (80-74), Pilgården (48-0), Täppan (130-0), Skarpnäck (110-0).

Boendenivå D

Vård- och rehabiliteringsenheter. Skarpnäcksgården (370), Ängshöjden (150-120), Krinolinen (66), Krukis med annex (40).

Boendenivå E

Inackorderingshem. 1975 nio enheter med 351 platser.

1972 fanns 3.374 platser på 27 enheter och 1975 2.746 på 24 enheter. Nivå A ökade med 12%, B och C minskade med 40 resp 60%, nivå D minskade med 23% och nivå E var oförändrad.

För samtliga individer som återfanns i register för nivå A-D 1972-75 noterades

a) namnkod, 3 bokstäver i efternamn och tre i förnamn
b) personnummer
c) nationalitet: svensk, finsk, övrig nordisk, utom-nordisk
d) år för första boendetillfälle
e) uppgift om individen var boende natten den 28/3 1972, -73, -74, -75 eller 15/11 -74
f) antal vistelseperioder -72, -73, -74, -75
g) antal vistelsenätter -72, -73, -74, -75

Materialet bearbetades datamaskinellt. 23.000 registerutdrag erhölls som sorterades i namnordning varefter utdrag rörande samma individ söktes manuellt och sammanfördes. Materialet sorterades därefter i personnummerordning och samma förfarande upprepades.

De då kvarvarande utgjorde 16.000 individer. Fullständigt personnummer saknades för sammanlagt 9.500 individer. Flertalet gäster på Pelikanen och många på härbärgena hade ofullständiga uppgifter. 4.500 av dem med ofullständiga personnummer var män av utom-nordisk nationalitet och genom sökning betr ett slumpmässigt urval av dem i mantalsregister kunde fastställas att praktiskt taget samtliga inte hade personnummer. Av de 5.000 med nordisk nationalitet som saknade fullständigt personnummer kunde ytterligare 2.000 identifieras genom sökning i mantalsregister.

För de med fullständigt personnummer gjordes samkörning av registret för byrån för bostadslösa män samt nykterhetsvårds- och socialhjälpsregister varigenom erhölls data om vidtagna nykterhetsvårdsåtgärder och förekomst av socialhjälp. Därmed erhölls även uppgift om förekomst av boende på inackorderingshem (nivå E).

Datainsamling för de som enbart bott på nivå E skedde genom att samtliga som återfanns i nykterhetsvårdsregistret med uppgift om boende på inackorderingshem och som ej återfunnits på nivå A-D tillfördes materialet.

Totalantalet var då 15.861 män och 986 kvinnor, sammanlagt 16.847 individer.

Bortfall och felkällor.

Eftersom materialet grundar sig på register kan vi inte uttala oss om bortfallets storlek. Bortfall kan finnas på flera steg i datainsamlingen. Registerkort kan ha varit borttappade eller vid genomgången av misstag överhoppade. I de fall där endast en uppgift funnits om personnummer har vi utgått ifrån att denna var riktig och använt denna vid körning mot de övriga registren. Man kan utgå ifrån att denna uppgift ibland varit felaktig och att de övriga registren också innehåller felaktiga uppgifter. Alla dessa sannolika fel innebär att totalantalet och antal med uppgift om nykterhetsvårdsåtgärder och socialhjälp blir lägre än det faktiska. Dessa fel torde dock sannolikt kunna påverka totalbilden endast obetydligt.

Den största osäkerheten betingas av att, av dem med nordisk nationalitet, personnummer saknas för 2.426 män (21,2%) och 198 kvinnor (21,2%). Flertalet av dessa män har bott på nivå B och C och kvinnorna på nivå A och D i likhet med de för vilka personnummer är kända. Genom att personnummer är okänt blir också nykterhets- och socialvårdsdata okända. Det finns dock anledning att antaga att personnummer saknas i huvudsak beroende på de administrativa rutiner som för vissa enheter är mindre noggranna än för andra. Vid beräkning av riskpoäng fördelas dessa individer i kategorierna "ej känd i nykterhetsnämnd i Stockholm", "känd" och "vårdad på nykterhetsvårdsanstalt". Detta förfarande sker enligt följande:

Samtliga individer fördelas efter vilken av 15 kombinationer av boendenivåer som förekommer (t ex enbart nivå A, enbart nivå B, o s v, A+B °/el C, D+B °/el C) och för varje kombination fördelas individerna efter antal boendeperioder (1, 2-3, 4-) och inom respektive sålunda uppkommen grupp fördelas de med känt personnummer med avseende på nykterhetsvårdsdata och slutligen de med okänt personnummer efter den fördelning som då erhållits. Genom detta förfarande torde detta datafel endast vara en marginell felkälla vid beräkningen för riskgrupper.

Appendix II

Tabell 64

Kategorisering i riskgrupper med avseende på antal boendeperioder, nykterhetsvårdsåtgärder och boendenivå, för män resp kvinnor

Riskgrupp	Antal boendeperioder	Nykterhetsvård 1)	Boendenivå 2)	Antal Män	kvinnor	totalt
0	1	-	A	1514	157	1671
1	1	känd	A	235	15	
	2-3	-	A	738	147	
	1	-	B/C	1531	27	
				2504	189	2693
2	1	vård	A	45		
	2-3	känd	A	227	13	
	4-	-	A	336	24	
	1	känd	B/C	583		
	2-3	-	B/C, A+B/C	900	15	
	1	-	D	70	150	
				2161	202	2363
3	2-3	vård	A	26	1	
	4-	känd	A	84	2	
	1	vård	B/C	121		
	2-3	känd	B/C, A+B/C	499		
	4-	-	B/C, A+B/C	829	8	
	1	känd	D	} 287	63	
	1	känd	E			
	2-3	-	D, D+A/B/C	132	126	
				1978	200	2178
4	4-	vård	A	27		
	2-3	vård	B/C, A+B/C	129		
	4-	känd	B/C, A+B/C	901		
	1	vård	D	} 293	22	
	1	vård	E			
	2-3	känd	D, D+A/B/C	} 188	50	
	2-3	känd	E+A/B/C			
	2-3	känd	E+D+A/B/C			
	4-	känd	D, D+A/B/C	261	42	
				1799	114	1913

Tabell 64, fortsättning

Riskgrupp	Antal boendeperioder	Nykterhetsvård [1]	Boendenivå [2]	Antal Män	kvinnor	totalt
5	4-	vård	B/C, A+B/C	219		
	2-3	vård	D, D+A/B/C	133	23	
	2-3	vård	E+A/B/C			
	4-	känd	D, D+A/B/C	595	33	
	4-	känd	E+D+A/B/C			
				947	56	1003
6	4-	vård	D, D+A/B/C	521	14	
	4-	vård	E+A/B/C			
				521	14	535
0-6				11.424	932	12.356

1) vård = vistelse på vårdanstalt för alkoholmissbrukare
känd = alla andra nykterhetsvårdsåtgärder

2) A = Hotellhem, Monumentet
B = gamla ungkarlshotell
C = härbärge
D = vård- coh behandlingshem
E = inackorderingshem

Tabell 65

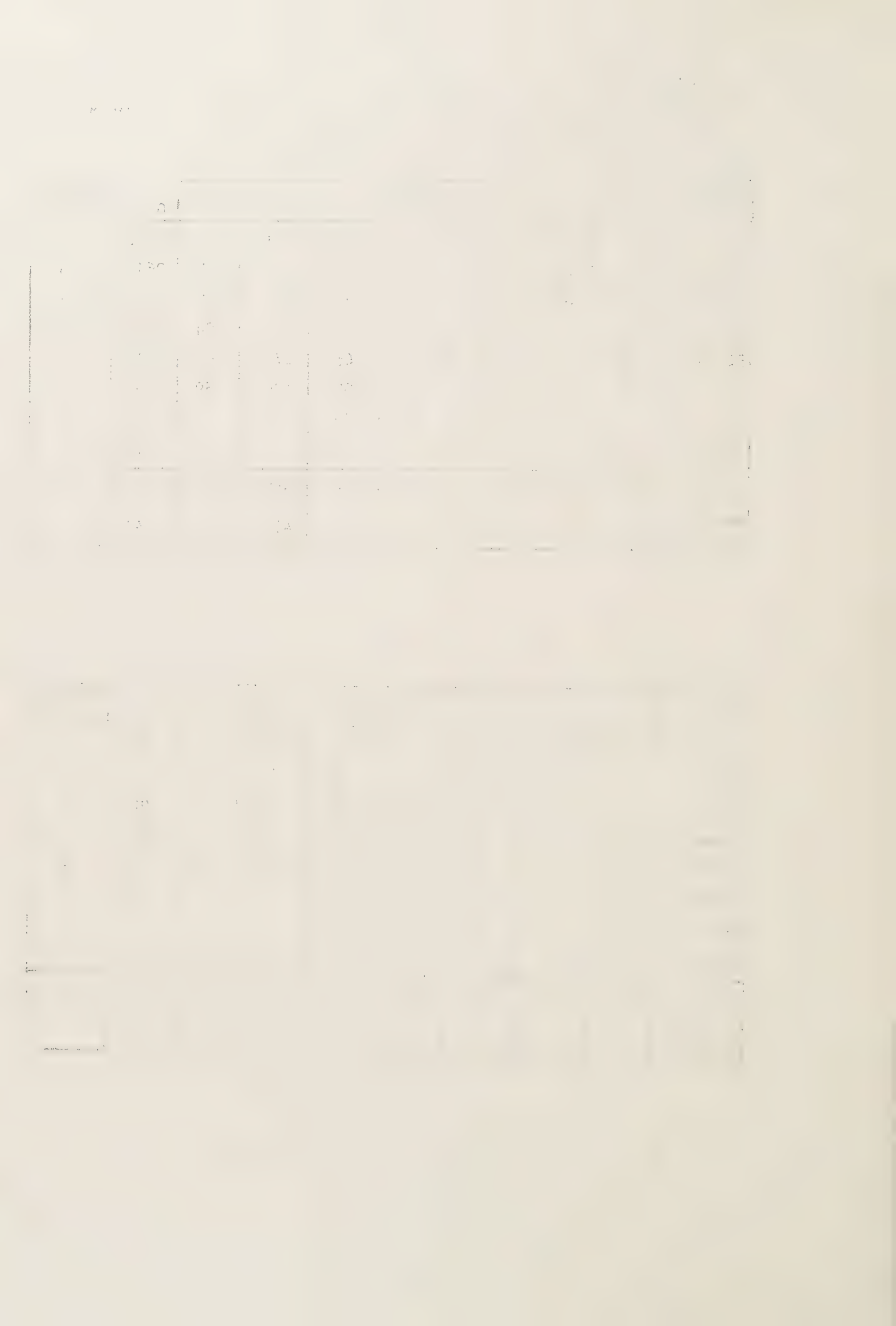
Riskgruppsfördelning efter ålder för män resp kvinnor med nordisk nationalitet.

Män

Ålder	Riskpoäng								median-poäng
	0	1	2	3	4	5	6	0-6	
-19	93	64	30	14	8	1	0	210	1
20-29	643	836	493	302	240	69	27	2610	1
30-39	367	626	473	362	333	163	97	2421	2
40-49	219	471	475	494	474	281	184	2598	3
50-59	108	331	407	474	465	276	151	2212	3
60-69	51	129	224	276	252	139	59	1130	3
70-	8	26	47	40	23	17	3	164	3
okänd	25	21	12	16	4	1	0	79	1
Totalt	1514	2504	2161	1978	1799	947	521	11.424	2
median-ålder	30	35	41	46	46	48	47	41	

Kvinnor

Ålder	Riskpoäng								median-poäng
	0	1	2	3	4	5	6	0-6	
-19	14	6	9	6				35	1
20-29	71	77	68	50	38	15	2	321	2
30-39	28	36	44	28	16	12	5	169	2
40-49	19	32	35	43	29	18	4	180	3
50-59	13	29	23	38	22	10	3	138	3
60-69	8	7	12	28	8	1		64	3
70-	2		11	7	1			21	2
okänd	2	2						4	
Totalt	157	189	202	200	114	56	14	932	2
median-ålder	28	32	35	43	41	40	39-40	36	



Tabell 66

Åldersfördelning (%) för riskgrupper

Män

Ålder	Riskgrupp				
	0	1	2-3	4-6	0-6
-29	48.6	35.9	20.3	10.6	24.7
30-39	24.2	25.0	20.2	18.2	21.2
40-49	14.5	18.8	23.4	28.7	22.7
50-59	7.1	13.2	21.3	27.3	19.5
60-	3.9	6.2	14.2	15.1	11.3
okänd	1.7	.8	.7	.2	.7
Totalt	100.	100.	100.	100.	100.

Kvinnor

Ålder	Riskgrupp				
	0	1	2-3	4-6	0-6
-29	54.1	43.0	33.8	29.8	38.2
30-39	17.8	19.1	17.9	17.9	18.1
40-49	12.1	16.9	19.4	27.8	19.3
50-59	8.3	15.3	15.2	19.0	14.8
60-	6.4	3.7	14.4	5.4	9.1
okänd	1.3	1.3			.4
Totalt	100.	100.	100.	100.	100.

Tabell 67

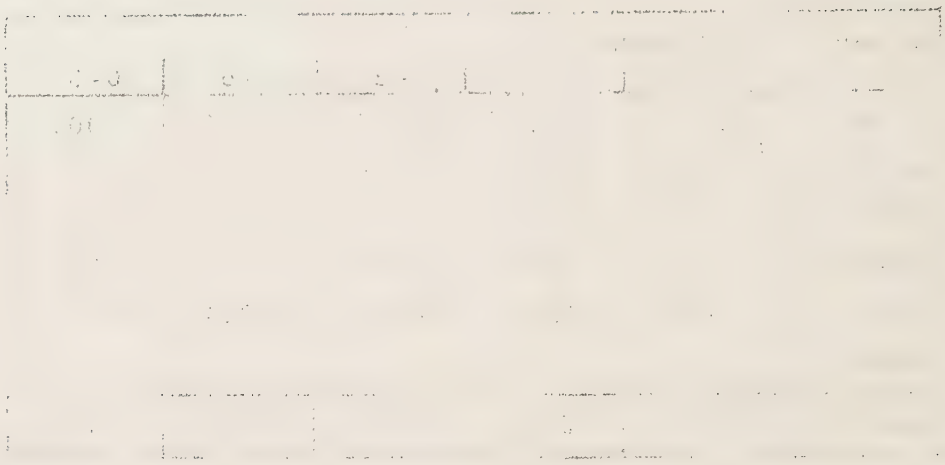
Riskgruppsfördelning (%) för åldersklasser

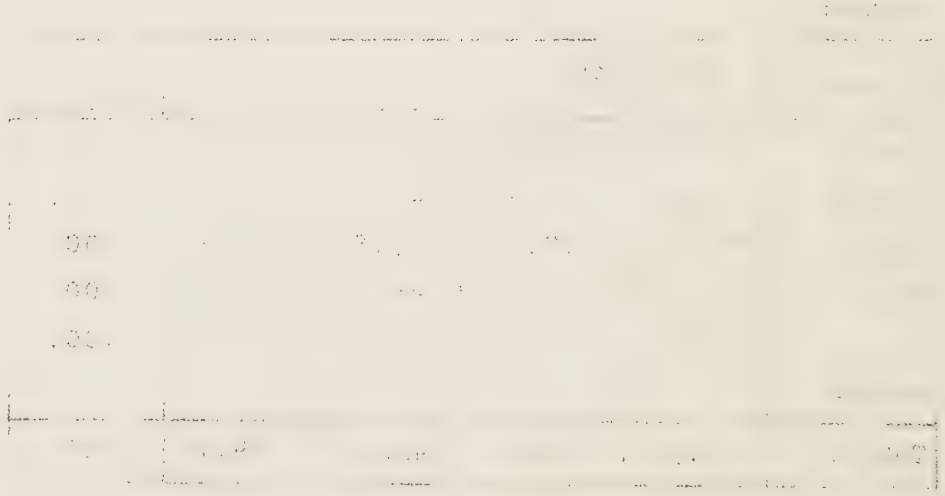
Män

Ålder	Riskgrupp 0	1	2-3	4-6	0-6
-29	26.1	31.9	29.8	12.3	100.
30-39	15.2	25.9	34.5	24.5	100.
40-49	8.4	18.1	37.3	36.1	100.
50-59	4.9	15.0	39.8	40.3	100.
60-	4.6	12.0	45.3	38.4	100
okänd					
Totalt	13.3	21.9	36.2	28.7	100

Kvinnor

Ålder	Riskgrupp 0	1	2-3	4-6	0-6
-29	23.8	23.3	37.3	15.5	100.
30-39	16.6	21.3	42.6	19.6	100.
40-49	10.6	17.8	37.8	28.3	100.
50-59	9.4	21.0	44.2	29.3	100.
60-	11.8	8.2	68.3	11.8	100.
okänd					
Totalt	16.9	20.3	43.1	19.7	100.





Appendix III

MATERIAL OCH METOD FÖR UNDERSÖKNING AV MORTALITET OCH DÖDSORSAKER 1960-1970 FÖR MÄN BOENDE 1960 PÅ UNGKARLS-HOTELL OCH HÄRBÄRGEN I STOCKHOLM.

Undersökningspopulation.

Denna undersökning grundar sig på det material som insamlades för en kartläggning av de män som 1960 bodde på ungkarlshotell och härbärgen i Stockholm (Inghe 1962). 5.220 män ingick i 1960 års population. Därav var 11% utlänningar och de ingår inte i denna undersökning av följande anledningar.

I de flesta fall rörde det sig om finländare som flyttade mellan Sverige och hemlandet utan att detta noteras hos myndigheterna vilket gör att data om dödlighet måste inhämtas även från hemlandet. Utlänningarna är dessutom (1960) så relativt få och unga att någon närmare analys av denna specialgrupps dödlighet ändå inte vore möjlig.

100 individer var dubbelräknade 1960. Kvarstå således 4.534 svenskfödda män i undersökningspopulationen.

Identifiering och fastställande av vilka som avlidit.

För flertalet 4.534 saknades 1960 uppgift om fullständigt personnummer vilket var nödvändigt att ha för körning mot SCB:s dödsband. Genom mantalsskrivningsförsamling 1960, födelseort, folkbokföringsregister och socialregister i Stockholm, riksskatteverkets nykterhetsvårdsregister kunde 4.077 individer (89,9%) identifieras. För 347 (7,7%) var personnumret ofullständigt men dödsdatum känt och för 110 (2,4%) saknades både fullständigt personnummer och dödsdatum.

Av de 4.077 med fullständiga personnummer återfanns 3.174 i SCB:s RTB-register i nov 1972 och hade således överlevt observationsperioden 1960-70.

De som saknades i RTB-registret (903 ind) samt de med ofullständiga personnummer matchades mot SCB:s dödsorsaksband 1960-70 enligt följande:

Grupp 1: 903 individer med fullständigt personnummer matchades på kön och personnummer. 601 döda, 302 ej döda.

Grupp 2: Av de 347 med ofullständigt personnummer men med känt dödsdatum blev 27 individer genom tekniskt missöde uteslutna vid matchningen varigenom deras dödsorsaker förblev okända. Övriga 320 matchades mot kön, dödsdatum och födelsetid och av de förslag som då matchades fram fastställdes det rätta genom matchning mot namn genom manuell slagning av dödsbevisregistret. I 318 fall kunde individerna återfinnas och deras dödsorsak var därigenom känd medan för sammanlagt 29 individer som avlidit dödsorsaksuppgift saknas.

Grupp 3: 110 individer med ofullständigt personnummer och utan dödsdatum matchades mot personnummer varvid ett stort antal förslag presenterades. Vid matchning mot namn i dödsbevisregistret kunde 27 återfinnas som döda medan 83 ej kunde återfinnas.

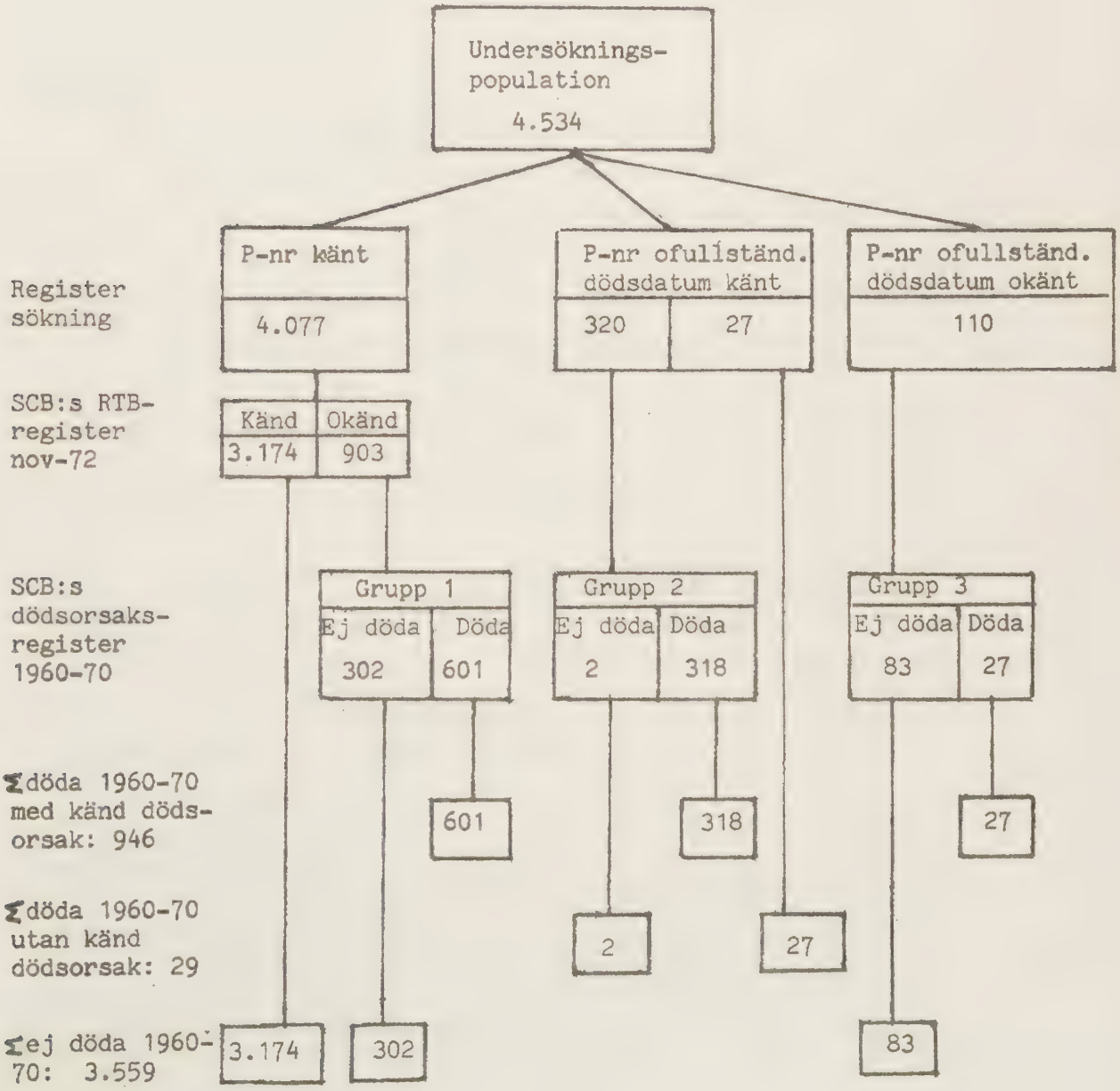
Sammanlagt 975 döda kunde återfinnas varav 946 med uppgift om dödsorsak.

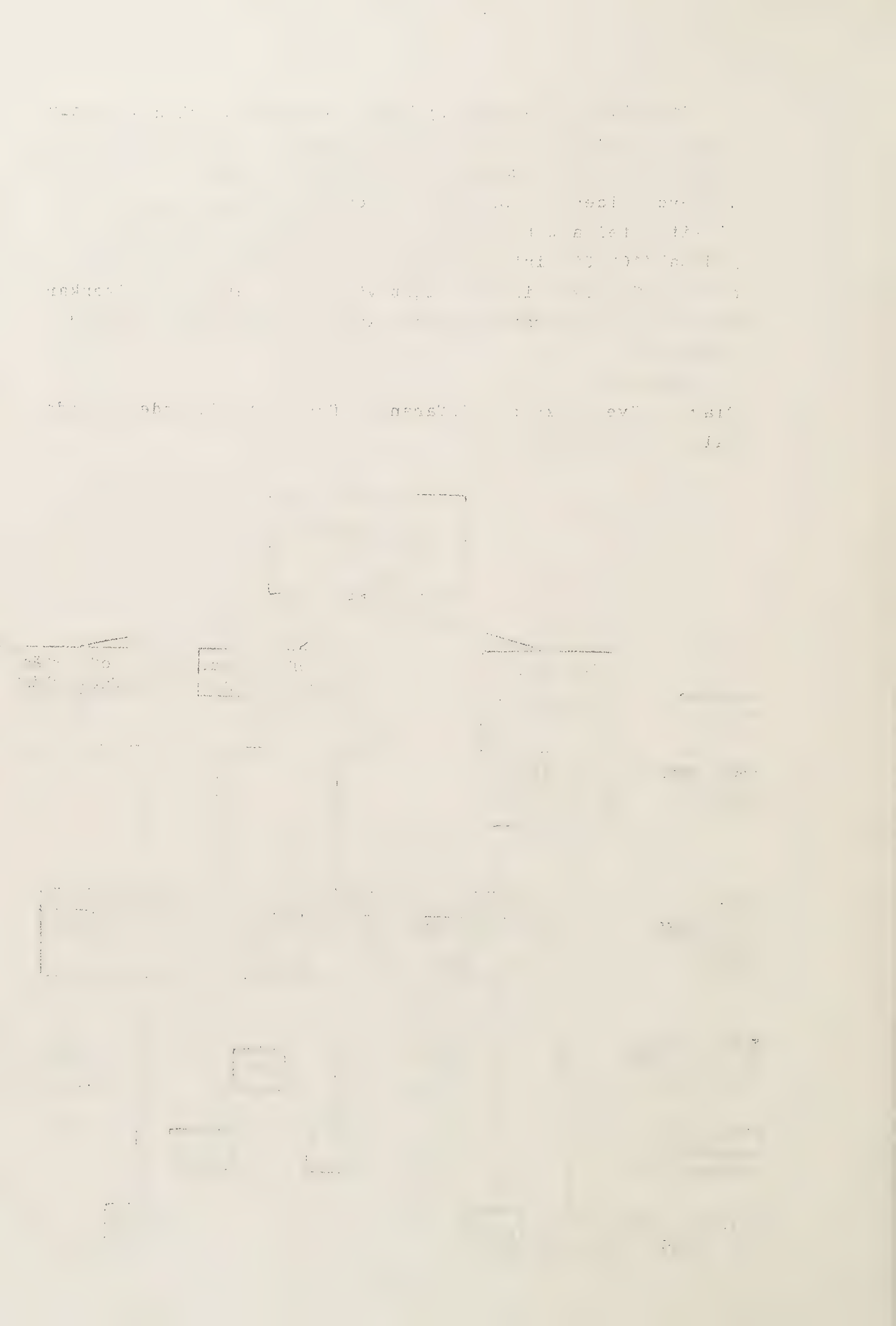
385 kunde således ej återfinnas som döda 1960-70 eller som levande i RTB-registret 1972. Huvuddelen av dem kan förväntas ha avlidit 1971-72. 1967-68 dog 210 individer, 1969-70 dog 225. Det kan anses troligt att ca 250 individer avlidit 1971-72 medan övriga ca 135 utgörs av individer som har felskrivna identitetsdata varav en del avlidit 1960-70 och en del överlevt eller som har emigrerat och som hade felaktig uppgift om mantalsskrivning 1960. Inte i något fall av de ca 4.000 fall som kunde identifieras via mantalsskrivningsort fanns dock uppgift om emigration vilket gör det sannolikt att flertalet av de ca 135 utgörs av individer med felskrivna kort.

Samtliga de 385 som ej kunde återfinnas avlidna 1960-70 eller levande vid slutet av 1972 ingår i undersökningen som överlevande vid utgången av 1970. Detta medför att den genomlevda tiden överskattas med ca 0,5% vilket innebär ett så litet fel att beräkningen av förväntade antal döda och dödstal/100.000 inte påverkas. Antalet döda underskattas med ca 3% vilket inte i något väsentligt avseende påverkar analysen. Sökningsförfarandet kan sammanfattas i följande diagram:

Diagram 4

Diagram över sökningsförfarandet för fastställande av dödsfall och dödsorsak





Data om populationen.

De fall som ingår i denna undersökning ingick i en socialmedicinsk kartläggning (Inghe 1962) och de data som insamlades i den undersökningen har vi tillgång till. Det rör sig om registerdata om boende på ungkarlshotell och härbärgen, nykterhetsvård, socialvård, kriminalvård och mentalvård. Vissa data rör perioden 1955-60, andra sträcker sig längre tillbaka i tiden.

För 29 (3,0%) av den som avlidit finns endast uppgift om när dödsfallen inträffat medan övriga har alla uppgifter som finns på SCB:s dödsband: Dödsdatum, mantalsskrivningsort, dödsbevisets art, dödsorsaker, civilstånd, nationalitet och en del andra data av mindre intresse för vår undersökning.

Datafel.

Det fel som härrör från felskrivna kort har redan berörts. Det dataproblem som är av den största betydelsen är problemet med dödsorsakerna. Problemet består av dels frågan om med vilken noggrannhet och säkerhet olika sjukdomar diagnosticerats och dels frågan vilken diagnos som ska anses vara underliggande och vilken eller vilka som ska vara bidragande.

När det gäller dödsbevisens art finner vi följande:

Tabell 68

Dödsbevisets underlag för döda 1960-70

	antal	%
Obduktion av sjukhusdödsfall	630	66.6
Rättsmedicinsk obduktion	192	20.3
Undersökning på sjukhus före döden	80	8.5
Läkarundersökn utom sjukhus före död	13	1.4
Likundersökning av läkare	19	2.0
Annan källa, dödsorsaksavi, attest från utlandet	12	1.3
Totalt med känd dödsorsak	946	100.1
Uppgift saknas	29	
Totalt antal döda	975	

I 87% grundar sig uttalande om dödsorsaken på obduktion och är därmed att betrakta som tillförlitliga. Ett felmoment skulle dock kunna uppstå genom att dödsbeviset ska utfärdas omgående då resultat av eventuella prover tagna vid obduktionen ännu inte alltid föreligger (Sundby 1967). Om resultaten motiverar en revision av dödsorsaken åligger det dock läkaren att meddela detta i ett kompletterande dödsbevis. Vid en genomgång av 50 slumpmässigt valda obduktionsjournaler finner vi att den slutliga dödsorsaken enligt journalen i samtliga fall stämmer med den dödsorsak som återfinns i SCB:s dödsband.

I de 8,5% av fallen där uttalande om dödsorsak grundar sig på sjukhusundersökning före döden kan vi förvänta oss en större osäkerhet, en felkälla som vi dock inte kan göra något åt.

Detsamma gäller de 44 fall (4,7%) vars dödsorsak är fastställd utan föregående sjukhusundersökning.

I 17 fall rör det sig om våldsam död.

Tillägg till Appendix III

Översättning från 7:e till 8:e revisionen av klassifikation av dödsorsaker.

För 1960-68 är dödsorsaker klassificerade enligt 7:e revisionen av "International Statistical Classifikation of Diseases, Injuries, and Causes of Death" (ICD) och för 1969-70 gäller den 8:e revisionen. Förutom att vissa sjukdomsgrupper bytt huvudgrupp är förändringarna på A-nummernivå stora. Samtliga dödsorsaker 1960-68 översattes därför till A-nummer enligt 8:e revisionen (Klassificering av dödsorsaker 1973).

Data som grund för beräkning av förväntad dödlighet.

För tekniskt förfarande vid beräkning av förväntad dödlighet, se appendix VII. Beräkningen grundar sig på dödstal för rikets befolkning i motsvarande åldrar för 1970. Val av 1970 är betingat av att klassifikationen reviderades fr o m 1969.

Appendix IV

POPULATION, URVAL, BORTFALL OCH MATERIAL BETR B- OCH K-GRUPP.

Population, urval och bortfall.

Mellan den 30/10 1967 och 30/1 1969 skedde urval av en behandlingsgrupp, B-grupp, och en kontrollgrupp, K-grupp, ur den grupp hemlösa män som sökte plats vid natthärbärge i Stockholm. Under denna tidsperiod sökte sammanlagt 2.300 män härbärgesplats. Kriterierna för att ingå i urvalsgruppen var följande: Söker och beviljas plats på natthärbärge, har inte legat på natthärbärge tidigare den aktuella säsongen samt är född i Sverige. Urvalet skedde vid 22 tillfällen då samtliga som motsvarade kriterierna ingick i en lottning. Sammanlagt 165 individer motsvarade kriterierna de 22 lottningsdagarna.

Valet av de 22 lottningsdagarna skedde inte efter någon lottningsmetod utan styrdes så att alla veckodagar utom söndagar, då i allmänhet ingen inskrivning skedde på natthärbärgena, skulle vara representerade. Fler lottningsdagar var förlagda till perioder när inströmningen på natthärbärgena var starkare, färre lottningsdagar under lågsäsongen. Anvisningscentralen där utlottningen skedde var aldrig informerad i förväg varför ingen styrning kunde ske av den grupp som lottningen kom att gälla. Valet av lottningsdagar skedde också med hänsyn till platstillgången och kapaciteten på behandlingshemmet. Det finns inga studier av hur gruppen hemlösa ser olika ut under olika årstider eller olika veckodagar. Det intryck många hade under slutet av 1960-talet från fältarbetet var att den grupp som kom när vinterns natthärbärgen öppnade varje år i oktober skiljde sig från dem som kom under senvåren och sommaren.

De "riktiga" hemlösa låg ute över sommaren och drog sig in mot institutionerna mot höstkanten, de som kom senare på våren och sommaren var ofta utskrivna från anstalter eller var kroppsligt sjuka och av detta skäl mer beroende av institutioner. Denna skillnad som kan finnas har vi emellertid försökt täcka genom att ha en ökad intagning p på hösten när många kom och mindre intagning på sommaren, som är en lågsäsong. Någon variation över veckodagarna när det gäller nyinskrivning har man knappast kunnat iakttaga på fältet.

Vid varje lottningstillfälle var det antal som skulle ingå i B-gruppen bestämt med marginal för att öka antalet B-fall om hela gruppen var stor och minsta antalet om den var liten. De aktuella akterna numrerades och urval skedde med hjälp av en slumptalstabell. Sammanlagt lottades 45 individer till B-gruppen och 120 till K-gruppen. Eftersom valet av de 22 lottningsdagarna inte skett enligt en strikt slumpmetod kan det inte matematiskt-statistiskt bevisas att de 165 är representativa för samtliga som under urvalsperioden motsvarade kriterierna. Som vi visat kan det emellertid antagas av saklogiska skäl att de 165 är representativa för samtliga som motsvarade kriterierna under urvalsperioden.

Vid de 22 lottningsdagarna var andelen som ingick i B- resp K-grupp något varierande beroende på hur många som totalt ingick i lottningen och hur många som behandlingshemmet hade plats för.

Tabell 69

Antal fall som lottades till B- resp K-grupp de 22 urvalstillfällena

Tidsperiod	31/10-dec-67	Jan-mars -68	april-juni -68	juli-sept -68	okt-dec -68	jan--69	Totalt
Antal urvals-tillfällen	6	2	4	3	5	2	22
Totalt antal fall	52	12	19	15	51	16	165
Därav i K-grupp	36	8	12	9	42	13	120
i B-grupp	16	4	7	6	9	3	45
% B-fall av samtliga	30.8	33.3	36.8	40.0	17.6	18.8	27.3

Vi ser att från 31/10 1967 t o m sept 1968 utgjorde B-fallen ca 35% av samtliga medan andelen okt 1968 - jan 1969 var endast hälften så stor. För att ha bibehållit andel B- resp K-fall skulle 32 fall färre fått ingå i lottningen under denna senare period och dessa tillfördes K-gruppen. Vi finner (som berörs i avsnitt angående matchning) vissa skillnader mellan B- och K-grupp som kan vara betingade av detta fel vid urvalet. När vi i texten omnämner B- och K-grupper som slumpmässigt valda avses det gälla med ovannämnda reservation.

Samtliga som var utlottade till B-gruppen kom också att under längre eller kortare tid vistas inom Krukisverksamheten. I ett par fall dröjde det flera månader från utlottning till första boendet på behandlingshemmet. Observationstiden räknas dock från lottningen. I några fall var boendet mycket kortvarigt (ca 1 månad) men dessa anses ingå i B-gruppen även om Krukisarbetet kan ha haft ytterst litet inflytande på deras förhållanden under den övriga observationstiden. Ur denna synpunkt har B-gruppen inget bortfall. Samtliga K-fall förblev under observationstiden ovetande om att de ingick i denna studie och bodde ej på Krukis.

Observationstid.

Observationstiden räknas från dagen efter lottningen och fem år framåt. Beträffande dödlighet sträcks observationstiden fram t o m 1975 för att materialet ska bli rikhaltigare. Observationstiden täcker för det första fallen perioden 31/10 1967 - 30/10 1972 och för de sista 31/1 1969 - 30/1 1974. Observationstiden indelas i observationsår 1 - 2 då vistelse under längre eller kortare tid inom Krukisverksamheten inträffade, och år 3 - 5 då kontakten i många fall förlorats med Krukis. Vidare räknas observationsår 1 - 5, d v s hela observationstiden som en enhet för att totaleffekten ska belysas. När det gäller dödlighet redovisas år 1 - 2 och år 3 - t o m 1975 samt år 1 - t o m 1975.

Datainsamling och material.

Beträffande effektmätningen.

På B- och K-grupp insamlades registerdata från följande register:

Härbärgesverksamheten, hotellhem och ungkarlshotell i Stockholm beträffande boendetid och -perioder, Nykterhetsnämnden i Stockholm och även i de kommuner där de aktuella fallen var skrivna beträffande fylleriförseelser, vård på enskild anstalt och fattade beslut om tvångsåtgärder, Riksskatteverket (dåvarande Kontrollstyrelsen) betr domar för fylleri och beslut om tvångsåtgärder enligt nykterhetsvårdslagen, Socialstyrelsens nykterhetsvårdsregister betr inskrivningar och inskrivningstid på nykterhetsvårdsanstalt och vårdperioder och -tid, Försäkringskassan i den ort där individerna var försäkrade betr sjukhushusvistelser och pensionering, skatteverket likaså i den aktuella orten betr taxerad inkomst, Kriminalregistret betr brottstillfällen och fängelsevistelser samt församlingarna betr dödsdatum, dödsort och var dödsbevis utfärdats. Beträffande de som avlidit t o m 1975 finns dessutom ytterligare material vilket redovisas nedan.

Det som karakteriserar detta registermaterial är att förekomst av bortfall ej kan studeras. Antingen får man material och om material saknas (utom när det gäller försäkringskassan) kan detta bero på att inget har noterats, eller att man inte kan återfinna registerhandlingarna. Det torde dock vara sannolikt att detta eventuella bortfall ska ha drabbat B- resp K-grupperna lika och därför inte inverkar på jämförbarheten. Från flertalet register erhölls förutom uppgifter beträffande observationstiden även för längre eller kortare tid före observationstidens början.

Beträffande dödligheten.

I de flesta fall var det känt för oss om B-fallen hade avlidit men okänt när det gällde K-fallen. Via alla de olika register som undersöktes, och då framförallt försäkringskassa och församlingar, fick vi uppgift om huruvida individerna avlidit. I allmänhet kunde vi då samtidigt få uppgift om var dödsbevis utfärdats. I samtliga fall rekvirerades kopia av dödsbevis, sjukhusjournaler för året före dödsfallen, obduktionsprotokoll och journaler, rättsmedicinska handlingar och i flertalet fall polisundersökningar som vidtagits vid dödsfallet. I samtliga fall studerades dessutom socialvårds- och nykterhetsvårdshandlingar och behandlingsjournaler från nykterhetsvårdsanstalter. För B-fallen som avlidit fanns dessutom allt intervju- och journalmaterial från Krukisverksamheten.

Sammanlagt avled 48 av de 165 i ursprungliga B + K-grupperna fram t o m 1975. I ett B-fall och ett K-fall hade vi uppgift om att de var avlidna men vi lyckades inte få reda på dödsorsak eller var de avlidit. Bortfallet är för hela B-gruppen 2,2% och för de avlidna i B-gruppen 7,7%, motsvarande för K-gruppen är 0,8% resp 2,9%.

Beräkning av överdödlighet sker på likartat sätt som beträffande materialet 1960-70 (se appendix VII) genom beräkning av genomlevda tiden i 5-årsintervall, förväntade antalet döda utifrån dödstal 1970 för rikets befolkning för resp 5-årsklass och överdödligheten genom relationen observerat/förväntat antal döda i respektive klass.

Beträffande fallbeskrivningar rörande överlevnadsstrategier och anpassningsformer.

Dessa fallbeskrivningar gäller endast B-fall ("Arne" B 84, "Birger" B 60, "Holger" B 56, "Klas" B 64). Beträffande dem finns det grundliga undersökningar som genomfördes vid början av observationstiden (intervjuer om sociala, medicinska, psykologiska förhållanden och bakgrund, psykologiska test t ex Rorschach, SRB, Bender samt observationer). I de flesta

B-fall och i synnerhet de som ingår i fallbeskrivningarna fick vi en mycket nära personlig kontakt genom långvarigt intensivt behandlingsarbete som dokumenterades i löpande dagboks- och journalanteckningar. 1976 intervjuades samtliga 32 överlevande (bortfall 2 individer, 6,3%) och i samband med att detta material studerades samlades de inom Krukispersonalen som väl kände till de aktuella fallen, till seminarier där allt tillgängligt material sammanställdes och tolkades. Till det tillgängliga materialet för dessa tolkningsseminarier fanns dessutom social- och nykterhetsvårdsakterna i de fall sådana förekom.

Data som skulle underlätta att de aktuella fallen skulle kunna identifieras har utelämnats eller förändrats.

Appendix V

DÖDSFALLENS RELATION TILL ALKOHOLMISSBRUK.

I Dödsfall direkt relaterade till intoxikation

K 13	Förgiftning med alkohol och tabletter, mumifierad
K 23	Drunknat, 2,5 °/oo alkohol
K 33	Drunknat, 2,2 °/oo alkohol
K 35	Hjärtmuskelinflammation, 2,3 °/oo alkohol
K 43	Förgiftning med alkohol och tabletter, kvävs i sittande ställning
K 45	Alkoholintox, 4,1 °/oo alkohol
K 52	Saknats i månader, lägenheten full med sprit-flaskor, levercirrhos.
K 53	Alkoholintox, 3,5 °/oo alkohol, fettlever, cirrhos
K 62	Alkoholintox, 2.7 °/oo alkohol, fettlever
K 66	Träspritsförgiftning, metyl 0,3 °/oo, fettlever
K 101	Redlös, ramlar och dör i skallfraktur

11 K-fall

B 58	Träspritsförgiftning, metyl, 0,1 °/oo, fettlever
B 94	Alkoholintox, 3,3 °/oo alkohol, metyl 0,2 °/oo

2 B-fall

II Dödsfall direkt relaterade till sjukdom som följd av alkoholmissbruk.

K 2	Akut leverskada, alkoholepilepsi
K 19	Levercirrhos
K 39	Levercirrhos
K 50	Alkoholepilepsi, fettlever
K 80	Subduralhämatom i samband med intox 90 cl sprit, 48 år
K 106	Levercirrhos, oesophagusvaricer, delirium tremens
K 116	Alkoholepilepsi
K 120	Levercirrhos

8 K-fall

B 95	Alkoholepilepsi och cardiomyopati, ej alkoholpåverkad

1 B-fall

III Dödsfall eventuellt eller indirekt relaterade till alkoholmissbruk.

K 10	Infektion i ben, fettlever, lungemboli, försupen
K 18	Misshandlad till döds
K 24	Pneumoni, cirrhos
K 26	Suicid, hoppade från hög höjd
K 27	Pneumoni, fettlever
K 30	Nerf hjärtinfarkt
K 32	Suicid, natronlut m m
K 59	Överkörd av tåg
K 105	Suicid, tabletter

9 K-fall

B 51	Överkörd av bil, berusad
B 61	Misshandlad till döds
B 82	Suicid, tabletter

3 B-fall

IV Dödsfall ej relaterade till alkoholmissbruk.

K 1	Cancer
K 7	Cancer
K 22	Hjärnblödning
K 57	Hjärtinfarkt
K 83	Cancer
K 86	Cancer

6 K-fall

B 72	Cancer
B 73	Hjärtinfarkt
B 74	Subduralhämatom, ej alkoholintox, 72 år gammal
B 75	Epilepsi (ej alkohol)
B 78	Hjärtinfarkt
B 81	Diabetes

6 B-fall

Appendix VI

DÖDSFALLENS RELATION TILL SOCIAL OCH PSYKISK SITUATION, LÖPNUMMER FÖR B- RESP K-FALL HÄNVISANDE TILL APPENDIX V.

	Observationsperiod 1 - 2		3 - tom 1975	
	B	K	B	K
Suicid, förgiftningar olyckor som följd av momentan ovarsamhet med eget liv	-	33, 45, 53 62, 66, 80	51, 58, 61, 82, 94	13, 18, 23, 26, 32, 35, 43, 52, 59, 101, 105
Alkoholsjukdomar, vanvård	-	2, 24, 30, 116	95	10, 19, 27, 39, 50, 106, 120
Ej betingade av social och psykisk situation	74, 78	-	72, 73, 75, 81	1, 7, 22 57, 83, 86

Appendix VII

STATISTISKA METODER OCH SYMBOLER

1. Skillnad mellan procenttal.

Skillnad mellan två eller flera procenttal undersöktes med hjälp av tillämpliga chi-två-test (Armitage 1974, Ekholm 1967). Yates' korrektion har använts när den förväntade frekvensen är lägre än 5.

2. Skillnad mellan medelvärden, oberoende stickprov.

Skillnader mellan medelvärden utvärderades med Student's t-test. Det antogs härvid att populationerna är normalfördelade med lika spridningar.

3. Korrelation.

För att undersöka samvariation mellan två variabler beräknades en vanlig korrelationskoefficient. Signifikansprövning av denna skedde med hjälp av t-fördelning.

4. Beräkning av överdödlighet.

Den genomlevda tiden beräknades för 5-årsklasser från 20 - 94. (Hofsten 1969). Vi fick då följande genomlevda tid $_5L_x$ och observerat antal döda (D_o).

Tabell 70

Genomlevd tid antal döda 1960-70 för 5-årsklasser

Åldersklass	$_5L_x$	D_o
20-24	456	1
25-29	1815	8
30-34	3628	17
35-39	5087	48
40-44	6047	51
45-49	6478	86
50-54	6543	128
55-59	5763	159
60-64	3972	177
65-69	2415	117
70-74	1178	96
75-79	485	54
80-84	170	25
85-89	37	7
90-94	4	1
Totalt	44079	975

Dödstal/100.000 beräknades som $\frac{D_o \cdot 100.000}{5L^x}$

Gränserna för 95%, 99% och 99,9% konfidensintervall beräknas för dödstal och i de fall då dödstal per 100.000 av rikets manliga medelfolkmängd ligger innanför gränserna för konfidensintervall är skillnaden ej signifikant, i övrigt signifikant på 5%, 1% resp 0,1%-nivå.

5. Bivariat analys av dödlighet mot dikotomiserade variabler.

Analysen genomförs i enlighet med Armitage (1974 kap 12:3). För resp grupp, med avseende på förekomst eller ej förekomst av ett visst socialt data för resp åldersklass, beräknas differens mellan dödstalen. X_1 och X_2 står för antal döda, N_1 och N_2 för antal individer från början i resp grupp och åldersklass.

Differensen $D = (X_1/N_1 - X_2/N_2) \cdot 100.000$ standardiseras med avseende på antal individer i resp åldersklass med vikten $W = N_1 \cdot N_2/(N_1+N_2)$, varefter erhålles ett vägt medelvärde över ålderklasserna, D-bar, vars avvikelse från 0 testas med t = D-bar/s.

6. Symboler för signifikans.

När teststorhetens p-värde är mellan 5% och 1% betecknas detta med ^{x}, mellan 1% och 0,1% med ^{xx}, och under 0,1% med ^{xxx}. I avsnittet om resultatmätning anges dessutom p-värden mellan 10% och 5%, vilket motiveras av att grupperna är så små att det endast är mycket stora skillnader som kan bli signifikanta. Detta betecknas med ^{o} och benämns tendens.

Litteraturreferenser.

Ahlgren, E. et al (1973): Arbetsformer vid det socialmedicinska utrednings- och behandlingshemmet "Krukis" och dess annex. Stencil, Stockholms Socialförvaltning.

Alström, C.H., Lindelius, R. & Salum, J. (1974): Alkoholism och mortalitet. Läkartidningen, 71, 2049-2053, 1974.

American College Dictionary (1955). Random House, New York.

Anderson, N. (1923): The Hobo. The Sociology of Homeless Man. The University of Chicago Press, Chicago 1965.

Armitage, P. (1974): Statistical Methods of Medical Research. Blackwell, London.

Arnold, D. (1970): Subculture Marginality. I Arnold, D.(ed): The Sociology of Subcultures, s 81-89. Glendessary Press, Berkely, 1970.

Attkisson, C.C. (1970): Suicide in San Francisco's Skid Row. Arch. Gen. Psychiat. 23, 149-157, aug. 1970.

Bahr, H.M. (1967): The gradual Disappearance of Skid Row. Social Problems, 15, 41-45

Bahr, H.M. (1973): Skid Row. An introduction to disaffiliation. Oxford University Press, New York.

Bahr, H.M. & Caplow, T: (1973) Old Men Drunk and Sober. New York University Press, New York.

Becker, H. (1963): Outsiders. The Free Press. New York.

Bell, R. (1975): Att utvärdera sociala program. Pedagogiska institutionen, Stockholms Universitet, IAN-rapport nr 162.

Blumberg, L., Shipley, T. & Shandler, I (1973): Skid Row and Its Alternative. Temple University Press, Philadelphia.

Bogue, D. (1963): Skid Row in American Cities. Community and Family Study Center. University of Chicago, Chicago.

Boissevain, J. (1968) The Place of Non-groups in the Social Sciences. Man, vol 3 nr 4, 542-556.

Borg, S. (1974) Hemlösa män. Stockholm.

Bostadsbyggnadsprogram för Stor-Stockholms bostadsförsörjning. Stor-Stockholms planeringsnämnd 1973, 1974.

Brandon, D. (1974): Homeless. Sheldon Press, London.

Bratfos, O. (1974): Forløpet av alkoholisme. Universitetsforlaget, Oslo.

Börjesson, B. (1976): Synpunkter på utvärdering av behandling. Rapport nr 14, Barnbyn Skå, Stockholms Socialförvaltning.

Caplow, T.,Bahr, H.M. & Sternberg, D. (1968): Homelessness. I Sills, D. (ed): International Encyclopedia of the Social Sciences. MacMillan, New York, Vol 6, 494-499.

Carnap, R. (1950): On Explication. I Carnap, R.: Logical Foundations of Probability, sid 1-18. The University of Chicago Press, Chicago.

Caro, F. (ed) (1971): Readings in Evalnation Research. Russel Sage Foundation, New York 1975.

Cook, T. (1975): Vagrant Alcoholics. Routledge & Keagan Paul, London.

Dahlström, E. (1961): Analys av surveymaterial. I Karlsson, G. (ed): Sociologiska metoder, sid 166-202, Svenska bokförlaget, Stockholm.

Digby, P.W. (1976): Hostels and Lodgings for single people. Her Majesty's Stationary Office, London.

Documenta Geigy Scientific Tables. Basel, 1962.

Dödsorsaker 1969 och 1970. SOS, Stockholm 1972.

Edwards, G. Hawker, A.,Williamson, V. & Hensman, C. (1966): London's Skid Row. The Lancet, 29, 249-252.

Ekblom, S. (1967): Kompendium i statistik. Statistiska forskningsgruppen, Stockholm

Frey, G. (1969): Case-finding survey angående narkotikamissbrukare kända av olika myndigheter i Stor-Stockholm under tiden den 1 juli - 31 december 1967. I SOU 1969:53: Narkotikaproblemet, Del IV, Socialmedicinska och kliniska undersökningar, sid 194-217.

Grosin, L. & Norman, J. (1974): Att leva på samhällets botten. Rapport om de yngre hemlösa männens livssituation. Studentlitteratur, Lund.

Göteborgs stads statistiska kontor (1964): Ungkarlshotell och natthärbärgen i Göteborg år 1962. En klientstudie. Göteborg, 1964.

Hofsten, E. (1969): Demografins grunder. Studentlitteratur, Lund.

Hälso- och sjukvårdsstatistik för Stockholms läns landsting 1971 och 1972. Stockholms Statistiska kontor, 1973 och 1974.

Inghe, G. (1960): Fattiga i folkhemmet. Monografier utgivna av Stockholms kommunalförvaltning, nr 24. Almqvist & Wiksell, Stockholm.

Inghe, G. (1962): Klientelet på ungkarlshotellen. Stencil, Stockholms socialförvaltning, Stockholm.

Inghe, G. (1973): Socialmedicin 1. Metodik och sjukdomspanorama. Esselte Studium, Stockholm.

Inghe, G. (1976): Socialmedicin 2. Den sociala miljöns betydelse. Esselte studium, Stockholm.

Isaksson, K., Norman, J. & Svedberg, L. (1977): Överlevnadsstrategier bland de hemlösa. Stencil, Stockholms Socialförvaltning, Stockholm.

Isaksson, K., Norman, J. & Svedberg, L. (1978): Överlevnadsstrategier bland socialt utslagna och hemlösa. Tidens Förlag, Stockholm.

Israel, J. & Dahlström, E.(1961): Experiment inom sociologin. I Karlsson, G. (ed): Sociologiska metoder, sid 410-435. Svenska Bokförlaget, Stockholm.

Jellinek, E.M. (1960): The Disease Concept of Alcoholism. College and University Press, New Haven, Conn.

Johansson, S. (1970): Om levnadsnivåundersökningen. Allmänna förlaget, Stockholm.

Klassificering av dödsorsaker i svensk statistik. Meddelanden i samordningsfrågor nr 1973:11, SCB, Stockholm.

Knutsson, J. (1977): Stämplingsteori - en kritisk granskning. Brottsförebyggande rådet, rapport 1977:1, Stockholm.

Lampl-de Groot, J. (1966): Some Thoughts on Adaptation and Conformism. I Loewenstein, R.M., Newman, L.M., Schur, M. & Solnit, A.J. (ed): Psycho-analysis - A General Psychology. International Universities Press, New York, sid 456-478.

Laplanche, J. & Pontalis, J-B. (1973): The Language of Psycho-analysis. The Hogarth Press, London.

Levander, L. (1934): Fattigfolk och tiggare. Gidlunds Förlag, Stockholm 1974.

Levinson, B.M. (1963): The homeless man: A psychological enigma. Mental Hygien 47, sid 590-601.

MacMahon, B., Pugh, T.F. & Ipsen, J. (1960): Epidemiological Methods. J & A Churchill, London.

Mangs, K. & Martell, B. (1974): 0-20 år enligt psykoanalytisk teori. Studentlitteratur, Lund.

Miller, B., Pokorny, A. & Kanas, T. (1970): Problems in Treating Homeless, Jobless Alcoholics. Hospital and Community Psychiatry 21, sid 98-99.

Mindlin, D.F. (1960): Evaluation of Therapy for Alcoholics in a Workhouse Setting. Ouart, J. Stud. Alc. 21, sid 90-112.

Myerson, D.J. (1956): The "Skid Row" Problem. New England Journal of Medicine 254, sid 1168-1173.

National Assistance Board (1966): Homeless Single Persons. Her Majesty´s Stationary Office, London.

Norman, J. & Schulze, R. (1970): Hemlösa män i Stockholm. Kommunstyrelsens utlåtande och memorial 99/1970, Stockholm.

Norman, J. & Svensson, B. (1977): Folk- och bostadsräkning av hemlösa i Stockholm 1972-75. Stencil, Stockholms Socialförvaltning

Nyström, S. (1973): An Overview of Research in Alcohol Abuse. I Cull, J.G. & Hardy, R.E: Alcohol Abuse and Rehabilitation Approaches. Charles C. Thomas, Springfield, Illinoios, sid 3-19.

Nyström, S. (1977): Civilståndsfördelning och morbiditet. III. Frånskildas andel av sluten kroppssjukvård i Göteborg 1969-71. Socialmedicinsk information 1977:2, Göteborg.

Ramsøy, O., Burmann, F., Johansen, P-O. & Kalberg, T. (1971): På livet. Fra filleproletariatet i Oslo. Universitetsforlaget, Oslo.

Selltiz, C., Jahoda, M., Deutsch, M. & Cook, S.W. (1964): Research Methods in Social Relations. Holt, Rinehart & Winston, New York.

Solenberger, A.W. (1911): One Thousand Homeless Men. Russel Sage Foundation, New York.

Spradley, J.P. (1970 : You Owe yourselt a Drunk. An Ethnography of Urban Nomads. Little, Brown & Co, Boston.

Statistisk årsbok för Stockholm 1973, Stockholms Statistiska kontor, 1974.

Statistisk årsbok 1977. SOS, Stockholm 1977.

Sundby, P. (1967): Alcoholism and Mortality. Universitetsforlaget, Oslo.

Sundby, P. & Svensson, N.P. (1968): Løsgjengeromsorgen i Oslo. I Dalgaard, O.S. (ed): Sinnlidelse og Samfunn. Pax Forlag, Oslo.

Sundby, P. (1969): Løsgjengeriet: Dets årsaker, omfang och medisinske aspekter. I Løsgjengeromsorgen - En utfordring. Universitetsforlaget, Oslo.

Sutherland, E.H. & Locke, H.J. (1936): Twenty Thousand Homeless Men. J.B. Lippincott, Chicago.

Wallace, S. E. (1965): Skid Row as a Way of Life. Harper & Row, New York

Wallace, S.E. (1968): The Road to Skid Row. Social problems 16, sid 92-105.

Wiseman, J. P. (1970): Stations of the Lost. The Treatment of Skid Row Alcoholics. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.

Åsander, H. (1976): En uppföljande social studie och klinisk-psykiatrisk fältundersökning av hemlösa män i Stockholm. Stockholm.